

UNIVERSIDADE DA CORUÑA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

La hospitalización en el área médica de la red de hospitales del Sergas.

*Análisis de la producción, del comporta-
miento de los principales Grupos de Diag-
nósticos Relacionados y de los costes.*

Años 2000-2004

*José Ramón Gómez Fernández
Marzo 2006*

*A miña muller Sara e aos meus fillos Mario Alberto
e Martín pola súa axuda, o seu ánimo nos momentos difíciles
e por todo o seu cariño.*

Aos meus pais.

AGRADECEMENTOS

Este traballo non tivera visto a luz sen a colaboración que me prestou o persoal da Subdirección Xeral de Información Sanitaria do Servizo Galego de Saúde. A todos eles agradézoille sinceramente o seu apoio a través da ex-Subdirectora Xeral D^a. Carmen Sixto da Silva e da actual Subdirectora D^a. Mar Pereira Álvarez, aínde que quero facer unha mención moi especial a D^a. Consuelo Carballeira Roca e a D^a. Beatriz Gil Bermúdez.

Gustaríame, e considero o meu deber, expresar unha consideración especial a D. Rafael Rodríguez Brea polos seus consellos, axuda, preocupación e estímulo constantes, responsable en boa medida de que o traballo superara os momentos máis difíciles e puidera chegar á súa conclusión.

A D. Rafael Mateo Rodríguez e a D^a. Mercedes Suárez Domínguez débollles unha colaboración e axuda especial naqueles apartados do traballo de maior contido económico.

Quero mostrar tamén o meu agradecemento ao director do traballo, Profesor D. Francisco Javier de Toro Santos e ao Dr. Fausto Galdó Fernández, polas súas valiosas indicacións e o seu constante seguemento que me permitiron rematar o traballo positivamente despois dun esforzo de varios anos.

O meu agradecemento a todas aquelas persoas que dedicaron parte do seu tempo a colaborar neste traballo.

*Traballo parcialmente financiado por unha Beca concedida pola
Sociedade Galega de Reumatoloxía.*

Índice general

	Pág
1. INTRODUCCIÓN	21
2. REVISIÓN DE LA LITERATURA	25
2.1. La red de hospitales del Sergas	27
2.2. Organización hospitalaria	31
2.3. El conjunto mínimo básico de datos (CMBD)	35
2.4. La clasificación internacional de enfermedades	41
2.5. Los sistemas de clasificación de pacientes	45
3. OBJETIVOS	51
4. MATERIAL Y MÉTODOS	55
4.1. Material	57
4.2. Calidad del CMBD	60
4.3. Metodología	66
5. RESULTADOS	71
5.1. Análisis de la producción	73
5.1.1. Por área de hospitalización	73
5.1.2. Por año	74
5.1.3. Por hospital	74
5.1.4. Por servicio	76
5.1.5. Por capítulo de la CIE-9-MC	77
5.1.6. Por Categoría Diagnóstica Mayor (CDM)	80
5.1.7. Por Grupos de Diagnósticos Relacionados (GDRs)	81
5.1.8. Por sexo	91
5.1.9. Por grupos de edad	92
5.1.10. Por circunstancia de ingreso	93
5.1.11. Por tipo de GDR	94
5.1.12. Por tipo de alta	96
5.1.13. Perfiles de producción	99

5.1.14. Flujos de pacientes	115
5.1.15. Atracción hospitalaria	119
5.1.16. Frecuentaciones	120
5.2. Comportamiento de los principales GDRs	124
5.2.1. GDR 541	126
5.2.1.1. Datos generales	126
5.2.1.2. Frecuentaciones	127
5.2.1.3. Motivos de ingreso	129
5.2.1.4. Distribución de la duración de la estancia	130
5.2.1.5. Puntos de corte	131
5.2.1.6. Distribución de episodios por grupos de edad	132
5.2.1.7. Distribución de episodios por sexo	133
5.2.1.8. Distribución de episodios por circunstancia de ingreso	134
5.2.1.9. Distribución de episodios por tipo de alta	136
5.2.1.10. Episodios cortos y reingresos	137
5.2.2. GDR 127	139
5.2.2.1. Datos generales	139
5.2.2.2. Frecuentaciones	140
5.2.2.3. Motivos de ingreso	142
5.2.2.4. Distribución de la duración de la estancia	143
5.2.2.5. Puntos de corte	144
5.2.2.6. Distribución de episodios por grupos de edad	145
5.2.2.7. Distribución de episodios por sexo	146
5.2.2.8. Distribución de episodios por circunstancia de ingreso	147
5.2.2.9. Distribución de episodios por tipo de alta	148
5.2.2.10. Episodios cortos y reingresos	149
5.2.3. GDR 14	151
5.2.3.1. Datos generales	151
5.2.3.2. Frecuentaciones	152
5.2.3.3. Motivos de ingreso	153
5.2.3.4. Distribución de la duración de la estancia	154
5.2.3.5. Puntos de corte	155
5.2.3.6. Distribución de episodios por grupos de edad	157
5.2.3.7. Distribución de episodios por sexo	158
5.2.3.8. Distribución de episodios por circunstancia de ingreso	159
5.2.3.9. Distribución de episodios por tipo de alta	160
5.2.3.10. Episodios cortos y reingresos	161
5.2.4 GDR 88	162
5.2.4.1. Datos generales	162
5.2.4.2. Frecuentaciones	163

5.2.4.3. Motivos de ingreso	165
5.2.4.4. Distribución de la duración de la estancia	166
5.2.4.5. Puntos de corte	167
5.2.4.6. Distribución de episodios por grupos de edad	168
5.2.4.7. Distribución de episodios por sexo	169
5.2.4.8. Distribución de episodios por circunstancia de ingreso	170
5.2.4.9. Distribución de episodios por tipo de alta	171
5.2.4.10. Episodios cortos y reingresos	172
5.2.5 GDR 410	174
5.2.5.1. Datos generales	174
5.2.5.2. Frecuentaciones	175
5.2.5.3. Motivos de ingreso	176
5.2.5.4. Distribución de la duración de la estancia	177
5.2.5.5. Puntos de corte	178
5.2.5.6. Distribución de episodios por grupos de edad	179
5.2.5.7. Distribución de episodios por sexo	180
5.2.5.8. Distribución de episodios por circunstancia de ingreso	181
5.2.5.9. Distribución de episodios por tipo de alta	182
5.2.5.10. Episodios cortos y reingresos	183
5.3. Análisis de los costes	185
5.3.1. Totales	186
5.3.2. De hospitalización	187
5.3.3. Del área médica	188
6. DISCUSIÓN	191
6.1. Análisis de la producción	193
6.2. Comportamiento de los principales GDRs	211
6.3. Análisis de los costes	225
7. CONCLUSIONES	231
8. ANEXOS	237
8.1. Anexo I: Tablas	239
8.2. Anexo II: Figuras	246
8.3. Anexo III: Gráficos	250
8.4. Anexo IV: Sectores hospitalarios	263
9. SIGLAS Y ABREVIATURAS	269
10. BIBLIOGRAFÍA	273

Índice de tablas

	Pág
Tabla 1. Población por sectores hospitalarios. Año 2004	30
Tabla 2. Población por sectores hospitalarios. Año 2000	30
Tabla 3. Especialidades del área médica. Año 2004	32
Tabla 4. Especialidades del área médica. Año 2000	33
Tabla 5: Red de hospitales del Sergas: área médica. Año 2000 y 2004	34
Tabla 6. Distribución de los episodios del área médica en cada año	58
Tabla 7. Distribución de los episodios (episodios válidos) área médica por hospital ...	59
Tabla 8. Tipos de errores que se controlan en el CMBD gallego	61
Tabla 9. Media de diagnósticos y procedimientos por episodio en el área médica. Total Sergas	64
Tabla 10. Distribución de episodios por área. Red hospitales Sergas. 2000 a 2004	73
Tabla 11. Distribución de episodios del área médica por año	74
Tabla 12. Distribución de episodios del área médica por hospital	75
Tabla 13. Distribución de episodios del área médica por servicio. 2000 a 2004	76
Tabla 14. Distribución de episodios del área médica por capítulo CIE. 2000 a 2004 ..	77
Tabla 15. Distribución de episodios del área médica por capítulo de la CIE y sexo. 2000 a 2004	78
Tabla 16. Distribución de episodios del área médica por capítulo de la CIE y grupos de edad. 2000 a 2004	79
Tabla 17. Distribución de episodios del área médica por CDM. 2000 a 2004	81
Tabla 18. Líneas de producción del área médica	82
Tabla 19. GDRs más frecuentes del área médica en la red del Sergas. 2000 a 2004 ..	83
Tabla 20. Diagnósticos principales que se clasifican en el GDR 541: Tr. respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con cc mayor	239
Tabla 21. Diagnósticos secundarios definidos como complicación mayor o comorbilidad	240
Tabla 22. Combinación de un procedimiento con alguno de los diagnósticos secundarios asociados	244
Tabla 23. GDRs más frecuentes del área médica en la red del Sergas. 2000 a 2004 ..	84
Tabla 24. GDRs más frecuentes del área médica en la red del Sergas. 2000 a 2004 ..	84
Tabla 25. GDRs más frecuentes del área médica en la red del Sergas. 2000 a 2004 ..	85
Tabla 26. GDRs más frecuentes del área médica en la red del Sergas. 2000 a 2004 ..	86
Tabla 27. GDRs más frecuentes en hombres. Área médica 2000 a 2004	87
Tabla 28. GDRs más frecuentes en mujeres. Área médica 2000 a 2004	87
Tabla 29. GDRs más frecuentes en pacientes de 15 a 44 años. Área médica 2000 a 2004	88
Tabla 30. GDRs más frecuentes en pacientes de 45 a 64 años. Área médica 2000 a 2004	89
Tabla 31. GDRs más frecuentes en pacientes de 65 a 74 años. Área médica 2000 a 2004	90
Tabla 32. GDRs más frecuentes en pacientes de > 74 años. Área médica 2000 a 2004	90
Tabla 33. Distribución de episodios del área médica por sexo. 2000 a 2004	91

Tabla 34. Distribución de episodios del área médica por edad. 2000 a 2004	92
Tabla 35. Distribución de episodios del área médica por tipo de ingreso. 2000 a 2004 ..	94
Tabla 36. Distribución de episodios del área médica por tipo de GDR. 2000 a 2004	95
Tabla 37. Distribución de episodios del área médica por tipo de alta. 2000 a 2004	96
Tabla 38. Distribución de exitus del área médica por capítulos CIE. 2000 a 2004	98
Tabla 39. Distribución de exitus del área médica por sexo. 2000 a 2004	99
Tabla 40. Distribución de exitus del área médica por grupos de edad. 2000 a 2004 ..	99
Tabla 41. Indicadores de producción del área médica. Año 2000	100
Tabla 42. Indicadores de producción del área médica. Año 2004	100
Tabla 43. Flujo de pacientes desde cada sector al área médica. Red hospitales Sergas 2000-2004	116
Tabla 44. Atracción de pacientes por el área médica de cada hospital. Red hospitales Sergas 2000-2004	119
Tabla 45. Frecuentación por área sanitaria y grupo de edad	245
Tabla 46. Número de GDR según coeficiente de variación. Área médica 2000-2004 ..	125
Tabla 47. Episodios por hospital. GDR 514: Tr respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con cc mayor. Área médica 2000 - 2004	126
Tabla 48. Frecuentación del GDR 541: Tr. respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con cc mayor. Área médica 2000 - 2004	127
Tabla 49. Distribución por motivo de ingreso. GDR 541: Tr. Respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con cc mayor. Área médica 2000 - 2004	129
Tabla 50. Diferencias en la estancia media. GDR 541: Tr. Respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con cc mayor. Área médica 2000 - 2004	131
Tabla 51. Diferencias en la estancia media por grupos de edad. GDR 541: Tr. respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con cc mayor. Área médica 2000 - 2004	133
Tabla 52. Diferencias en la estancia media por sexo. GDR 541: Tr. Respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con cc mayor. Área médica 2000 - 2004	134
Tabla 53. Diferencias en la estancia media por tipo de ingreso. GDR 541: Tr. respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con cc mayor. Área médica 2000 - 2004	135
Tabla 54. Diferencias en la estancia media por tipo de alta. GDR 541: Tr. respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con cc mayor. Área médica 2000 - 2004	136
Tabla 55. Datos de calidad. GDR 541: Tr. respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con cc mayor. Área médica 2000 - 2004	138
Tabla 56. Episodios por hospital. GDR 127: Insuficiencia cardíaca y shock. Área médica 2000 - 2004	139
Tabla 57. Frecuentación del GDR 127: Insuficiencia cardíaca y shock. Área médica 2000 - 2004	140
Tabla 58. Distribución por motivo de ingreso. GDR 127: Insuficiencia cardíaca y shock. Área médica 2000 - 2004	142
Tabla 59. Diferencias en la estancia media. GDR 127: Insuficiencia cardíaca y shock. Área médica 2000 - 2004	144
Tabla 60. Diferencias en la estancia media por grupos de edad. GDR 127: In- suficiencia cardíaca y shock. Área médica 2000 - 2004	145
Tabla 61. Diferencias en la estancia media por sexo. GDR 127: Insuficiencia cardíaca y shock. Área médica 2000 - 2004	147

Tabla 62. Diferencias en la estancia media por tipo de ingreso. GDR 127: Insuficiencia cardíaca y shock. Área médica 2000 – 2004	148
Tabla 63. Diferencias en la estancia media por tipo de alta. GDR 127: Insuficiencia cardíaca y shock. Área médica 2000 – 2004	149
Tabla 64. Datos de calidad. GDR 127: Insuficiencia cardíaca y shock. Área médica 2000 – 2004	150
Tabla 65. Episodios por hospital. GDR 14: Tr. cerebrovasculares específicos Excepto AIT y hemorragia intracraneal. Área médica 2000 - 2004	151
Tabla 66. Frecuentación del GDR 14: Tr. cerebrovasculares específicos excepto AIT y hemorragia intracraneal. Área médica 2000 – 2004	152
Tabla 67. Distribución por motivo de ingreso. GDR 14: Tr. cerebrovasculares específicos excepto AIT y hemorragia intracraneal. Área médica 2000 – 2004	154
Tabla 68. Diferencias en la estancia media. GDR 14: Tr. cerebrovasculares específicos excepto AIT y hemorragia intracraneal. Área médica 2000 – 2004	156
Tabla 69. Diferencias en la estancia media por grupos de edad. GDR 14: Tr. cerebrovasculares específicos excepto AIT y hemorragia intracraneal. Área médica 2000 – 2004	157
Tabla 70. Diferencias en la estancia media por sexo. GDR 14: Tr. Cerebrovasculares específicos excepto AIT y hemorragia intracraneal. Área médica 2000 – 2004	158
Tabla 71. Diferencias en la estancia media por tipo de ingreso. GDR 14: Tr. cerebrovasculares específicos excepto AIT y hemorragia intracraneal. Área médica 2000 – 2004	159
Tabla 72. Diferencias en la estancia media por tipo de alta. GDR 14: Tr. cerebrovasculares específicos excepto AIT y hemorragia intracraneal. Área médica 2000 – 2004	160
Tabla 73. Datos de calidad. GDR 14: Tr. cerebrovasculares específicos excepto AIT y hemorragia intracraneal. Área médica 2000 – 2004	161
Tabla 74. Episodios por hospital. GDR 88: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Área médica 2000 – 2004	163
Tabla 75. Frecuentación del GDR 88: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Área médica 2000 – 2004	164
Tabla 76. Distribución por motivo de ingreso. GDR 88: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Área médica 2000 – 2004	165
Tabla 77. Diferencias en la estancia media. GDR 88: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Área médica 2000 – 2004	167
Tabla 78. Diferencias en la estancia media por grupos de edad. GDR 88: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Área médica 2000 – 2004	168
Tabla 79. Diferencias en la estancia media por sexo. GDR 88: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Área médica 2000 – 2004	169
Tabla 80. Diferencias en la estancia media por tipo de ingreso. GDR 88: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Área médica 2000 – 2004	171
Tabla 81. Diferencias en la estancia media por tipo de alta. GDR 88: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Área médica 2000 – 2004	172
Tabla 82. Datos de calidad. GDR 88: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Área médica 2000 – 2004	173
Tabla 83. Episodios por hospital. GDR 410: Quimioterapia. Área médica 2000 – 2004	174
Tabla 84. Frecuentación del GDR 410: Quimioterapia. Área médica 2000 – 2004	175

Tabla 85. Diferencias en la estancia media. GDR 410: Quimioterapia. pulmonar obstructiva crónica. Área médica 2000 – 2004	178
Tabla 86. Diferencias en la estancia media por grupos de edad. GDR 410: Qui- miotterapia. Área médica 2000 – 2004	180
Tabla 87. Diferencias en la estancia media por sexo. GDR 410: Quimioterapia. Área médica 2000 – 2004	181
Tabla 88. Diferencias en la estancia media por tipo de ingreso. GDR 410: Qui- miotterapia. Área médica 2000 – 2004	182
Tabla 89. Diferencias en la estancia media por tipo de alta. GDR 410: Quimio- terapia. Área médica 2000 – 2004	183
Tabla 90. Datos de calidad. GDR 410: Quimioterapia. Área médica 2000 – 2004	184
Tabla 91. Coste de la UPH	185
Tabla 92. Gasto capítulos I y II. Red de hospitales del Sergas	186
Tabla 93. Gasto total en hospitalización. Red de hospitales del Sergas	187
Tabla 94. Gasto en hospitalización del área médica. Red de hospitales del Sergas ...	188
Tabla 95. Gasto en hospitalización. Red de hospitales del Sergas. 2000 a 2004	189
Tabla 96. Gasto en hospitalización del área médica por habitante protegido. Red de hospitales del Sergas. 2000 a 2004	190
Tabla 97. Unidades de hospitalización a domicilio	245

Índice de figuras

	Pág
Figura 1. Esquema de agrupación por GDR	47
Figura 2. Esquema de cálculo de la tarifa de la UPH	70
Figura 3. Clasificación de episodios en el GDR 541	83
Figura 4. Esquema de clasificación de la CDM 4: problemas respiratorios	246
Figura 5. Esquema de clasificación de la CDM 5: problemas circulatorios	247
Figura 6. Esquema de clasificación de la CDM 1: problemas del sistema nervioso	248
Figura 7. Esquema de clasificación de la CDM 17: enfermedades mieloprolifera- tivas y neoplasias	249

Índice de gráficos

	Pág
Gráfico 1. Porcentajes de codificación globales del área médica	60
Gráfico 2. Porcentaje de episodios válidos sobre codificados. Total Sergas	64
Gráfico 3. Media de errores por episodio codificado. Total Sergas	64
Gráfico 4. Número de episodios en GDRs no válidos. Total Sergas	65
Gráfico 5. Porcentaje de episodios en GDRs especiales. Total Sergas	65
Gráfico 6. Perfil de producción. C.H. Universitario Juan Canalejo. Años 00 y 04	101
Gráfico 7. Perfil de producción. F.P. Hospital Virxe da Xunqueira. Años 00 y 04	102
Gráfico 8. Perfil de producción. C.H. Universitario de Santiago. Años 2000 y 2004 ..	103
Gráfico 9. Perfil de producción. F.P. Hospital da Barbanza. Años 2000 y 2004	104
Gráfico 10. Perfil de producción. C.H. Arquitecto Marcide. Años 2000 y 2004	105
Gráfico 11. Perfil de producción. C.H. de Pontevedra Año 2000 e 2004	106
Gráfico 12. Perfil de producción. C.H. Xeral-Cies. Años 2000 y 2004	107
Gráfico 13. Perfil de producción. Hospital Meixoeiro. Años 2000 y 2004	108
Gráfico 14. Perfil de producción. Policlínico Vigo, S.A. Años 2000 y 2004	109
Gráfico 15. Perfil de producción. C.H. de Ourense. Años 2000 y 2004	110
Gráfico 16. Perfil de producción. H. Comarcal de Valdeorras. Años 2000 y 2004	111
Gráfico 17. Perfil de producción. F.P. Hospital de Verín. Años 2000 y 2004	112
Gráfico 18. Perfil de producción. H. Comarcal de Monforte. Años 2000 y 2004	113
Gráfico 19. Perfil de producción. C.H. Xeral-Calde. Años 2000 y 2004	114
Gráfico 20. Perfil de producción. H. da Costa. Años 2000 y 2004	115
Gráfico 21. Variabilidad intragrupo Sergas	124
Gráfico 22. Variabilidad intragrupo por centro	250
Gráfico 23. Duración de la estancia. GDR 541: Tr. respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con cc mayor. Área médica 2000 – 2004 ..	130
Gráfico 24. Duración de la estancia por hospital. GDR 541: Tr. respiratorios excep- to infecciones, bronquitis, asma con cc mayor. Área médica 2000–2004	251
Gráfico 25. Duración de la estancia. GDR 127: Insuficiencia cardíaca y shock. Área médica 2000 – 2004	143
Gráfico 26. Duración de la estancia por hospital. GDR 127: Insuficiencia cardíaca y shock. Área médica 2000 – 2004	254
Gráfico 27. Duración de la estancia. GDR 14: Tr. cerebrovasculares específicos excepto AIT y hemorragia intracraneal. Área médica 2000 – 2004	155
Gráfico 28. Duración de la estancia por hospital. GDR 14: Trastornos cerebrovas- culares específicos excepto AIT y hemorragia intracraneal. Área médica 2000 – 2004	257
Gráfico 29. Duración de la estancia. GDR 88: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Área médica 2000 – 2004	166
Gráfico 30. Duración de la estancia por hospital. GDR 88: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Área médica 2000 – 2004	260
Gráfico 31. Duración de la estancia. GDR 410: Quimioterapia. Área médica 2000 – 2004	177
Gráfico 32. Duración de la estancia. GDR 410: Quimioterapia. Área médica 2000 – 2004. C.H. Xeral-Calde	179

Índice de mapas

	Pág
Mapa 1. Sectores hospitalarios de Galicia.....	27
Mapa 2. Flujo de pacientes desde cada sector al área médica. Red Sergas 2000-2004	118
Mapa 3. Frecuentación del área médica por área sanitaria. 2000-2004	121
Mapa 4. Frecuentación del área médica por área sanitaria. Pacientes de 15 a 64 años. 2000-2004	122
Mapa 5. Frecuentación del área médica por área sanitaria. Pacientes mayores de 64 años. 2000-2004	123
Mapa 6. Frecuentación del GDR 541: Tr. respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con cc mayor. Área médica 2000 – 2004	128
Mapa 7. Frecuentación del GDR 127: Insuficiencia cardíaca y shock Área médica 2000 – 2004	141
Mapa 8. Frecuentación del GDR 14: Tr. cerebrovasculares específicos excepto AIT y hemorragia intracraneal. Área médica 2000 – 2004	153
Mapa 9. Frecuentación del GDR 88: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Área médica 2000 – 2004	164
Mapa 10. Frecuentación del GDR 410: Quimioterapia. Área médica 2000 – 2004	176

1. INTRODUCCIÓN

Introducción

El papel de los sistemas sanitarios en la sociedad es fundamental, como se recoge en el Informe sobre la salud en el mundo del año 2000 de la Organización Mundial de la Salud [1] *“hoy, como cada día, la vida de un vasto número de personas está en manos de los sistemas de salud. Desde el nacimiento de un niño sano en condiciones adecuadas hasta la atención digna a los ancianos de salud delicada, los sistemas de salud tienen una responsabilidad fundamental y permanente con las personas a lo largo de sus vidas, y son cruciales para alcanzar el desarrollo sano de los individuos, las familias y las sociedades en todo el mundo”*.

Los sistemas sanitarios suelen actuar al límite de sus posibilidades. Durante los últimos años se vienen produciendo en España una serie de cambios demográficos, epidemiológicos, tecnológicos y económicos que sin duda alguna están influyendo en el sistema sanitario español.

Respecto a los cambios demográficos cabe destacar el envejecimiento de la población en España, y particularmente en Galicia, que se debe tanto a la prolongación de la esperanza de vida como a la disminución de la natalidad [2].

En cuanto a los cambios epidemiológicos quizás lo más llamativo sea el incremento de patologías de tipo crónico y degenerativo o invalidante que sin duda están determinando importantes cambios en las necesidades de salud de la población y en la tipología de servicios que el sector sanitario debe prestar [3-5].

Otra de las características del sistema sanitario que condiciona su evolución es el enorme avance en el conocimiento sobre los problemas de salud que se suceden de forma vertiginosa y en la investigación biomédica. En este sentido podemos señalar, así mismo, que la medicina basada en la evidencia [6,7] pretende y está consiguiendo un paso progresivo del empirismo y la intuición al conocimiento científico acreditado como base en la toma de decisiones clínicas.

También los cambios tecnológicos son un elemento de dinamización del sector, de forma que son determinantes en la evolución del mismo los avances diagnósticos y terapéuticos (resonancia nuclear magnética, aceleradores lineales, trasplante, etc.). Estos avances tecnológicos se producen con tal rapidez que el sistema no es capaz de amortizar ciertos aparatos cuando ya se han quedado obsoletos [8]. Los modos de evaluación de tecnología cambian, hace unas décadas se centraba en la eficacia terapéutica y la seguridad [9], y en la actualidad considera además la calidad de vida, preferencias de los usuarios, efectividad y eficiencia [10]. Con relación a la tecnología y a las diferencias de utilización que se observan nacen intentos de racionalización con el desarrollo y revisión de las guías de práctica clínica [11] y los estándares de calidad, medidas de resultados y criterios para las revisiones médicas [12].

No debemos olvidar, desde el sector sanitario, la influencia que tienen sobre él los factores culturales y sociales. Cabe señalar a este respecto que la mayor conciencia como consumidores, una información masiva en los medios de comunica-

ción sobre los más variados temas sanitarios y el esfuerzo que se ha llevado a cabo, incluso desde el propio sector, para que el ciudadano identifique una asistencia de calidad con la realización de múltiples pruebas diagnósticas, condicionan cada vez más la prestación de servicios [4]. La importancia que cada vez más tienen en el sector los sistemas de información y la utilización de internet son otros elementos sociales condicionantes. También, en este aspecto, se avanza de manera importante en la consideración de las expectativas y opinión del paciente en la toma de decisiones sanitarias que afectan a su proceso asistencial [13,14].

Por otra parte, las prestaciones sanitarias en España [15] tienen una escasa concreción, salvo las complementarias, no existe una definición clara de su contenido, están sin definir los mecanismos de actualización, no están vinculadas con el presupuesto, existe un déficit de información de gestores, profesionales, población y proveedores sobre el alcance de las prestaciones y sus repercusiones económicas. El Real Decreto 63/1995 que durante diez años reguló las prestaciones, define de forma genérica su contenido, no especifica de que forma se financian, no establece garantía de accesibilidad y no establece garantía de calidad.

Por último, señalar la importancia de los aspectos económicos como condicionantes del sector salud. En este sentido comienza a manifestarse la incertidumbre sobre el ritmo de crecimiento del porcentaje del Producto Interior Bruto que se dedica al sector [16,17]. Debemos destacar también las repercusiones que a medio y largo plazo está teniendo la Unión Europea tanto a través de factores económicos, convergencia nominal, como de desarrollo de la libre circulación de ciudadanos, profesionales y bienes.

En resumen, la situación parece complicada. Por una parte las necesidades de la población más envejecida con mayor prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas, y con una cultura de mayor exigencia como consumidor y, por otra las dificultades en el crecimiento económico del sector, nos colocan ante el dilema de como evolucionar y como enfrentarnos a estos retos. Cuatro grandes líneas de actuación se abren paso, las que se centran en la oferta, en la demanda, en la organización o una combinación de estos tres factores.

Estos cambios han tenido su impacto en la normativa tanto a nivel estatal con la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud [18] como autonómico con la Ley de Ordenación Sanitaria de Galicia [19].

Con esta situación la gestión sanitaria, sobre todo a nivel hospitalario, ha avanzado de forma significativa en estos últimos 20 años en España y uno de los pilares básicos de este avance son los sistemas de información. En este sentido, como veremos a continuación, el sistema CMBD-CIE-GDR está siendo un elemento fundamental para la gestión de los hospitales. Nos hemos planteado exclusivamente el estudio del comportamiento de los GDRs más frecuentes en los hospitales del Sergas en el período 2000 – 2004.

2. REVISIÓN DE LA LITERATURA

Revisión de la literatura:

- La red de hospitales del Sergas

- Organización hospitalaria

- El conjunto mínimo básico de datos

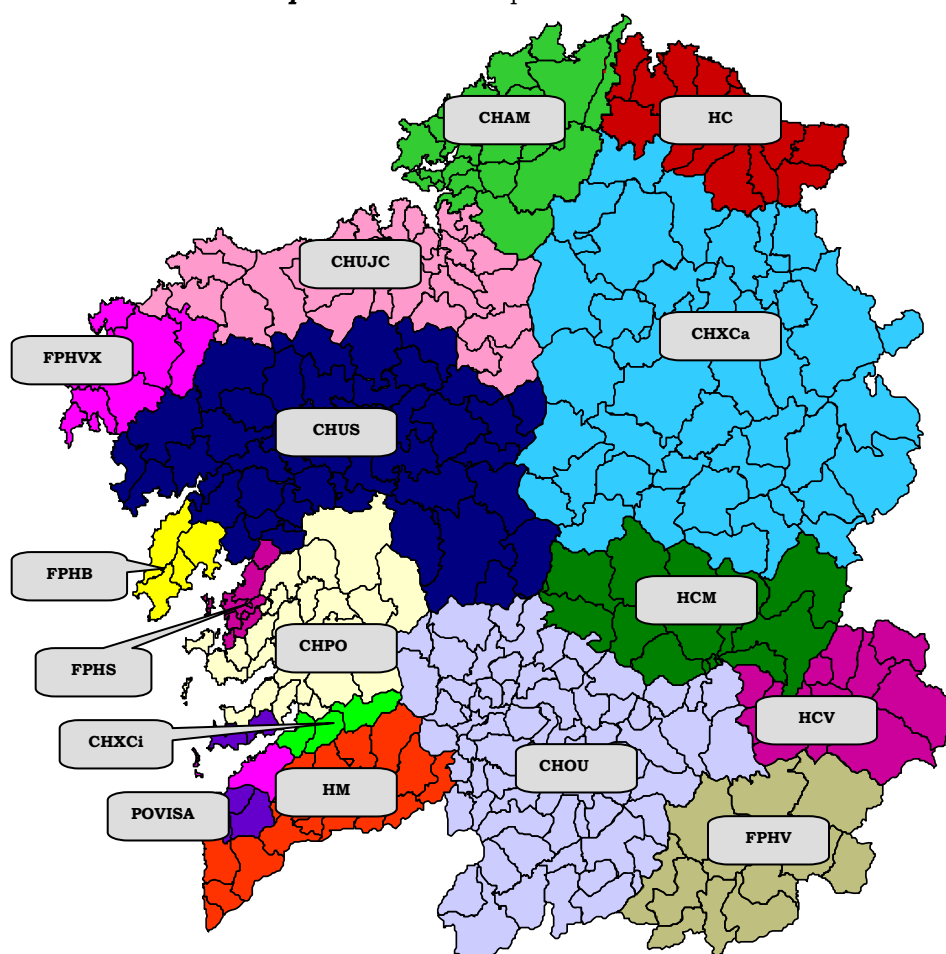
- La clasificación internacional de enfermedades

- Los sistemas de clasificación de pacientes

2.1. LA RED DE HOSPITALES DEL SERGAS

En primer lugar haré una breve referencia a la red de hospitales del Sergas. Está constituida por 16 centros distribuidos geográficamente como se indica en el mapa 1.

Mapa 1. Sectores hospitalarios de Galicia



Las principales características de cada centro, su cobertura (ver anexo IV) y la población protegida, según los datos de tarjeta sanitaria, en el año 2004, son las siguientes [20]:

- 1.- C.H. Universitario Juan Canalejo (CHUJC). Es el complejo hospitalario público del SERGAS en el Sector de A Coruña. Cuenta con cinco edificios: Hospi-

tal Juan Canalejo, Hospital Marítimo de Oza, Hospital Teresa Herrera, Hospital Abente y Lago y Ventorrillo. Su sector lo conforman 29 municipios con 481.463 habitantes con tarjeta sanitaria (Tabla 1). Este centro cubre, además de su sector, en diversas especialidades otros sectores (Cee, Ferrol, Cervo-Burela y Lugo) llegando en cirugía cardíaca a cubrir toda la Comunidad.

- 2.- Fundación Pública Hospital Virxe da Xunqueira (FPHVX). Es el hospital del Sector de Cee. Se pone en funcionamiento a finales de 1998. Su sector lo conforman 8 municipios con 43.509 habitantes (Tabla 1).
- 3.- C.H. Universitario de Santiago (CHUS). Es el complejo hospitalario público del SERGAS en el Sector de Santiago. Cuenta con cuatro edificios: Hospital Clínico de Santiago, Hospital Gil Casares, Hospital Provincial de Conxo, Hospital Psiquiátrico de Conxo y centro de especialidades Concepción Arenal. Cubre 42 municipios con 379.794 habitantes (Tabla 1).

Este centro cubre, además de su sector, en diversas especialidades otros sectores (Barbanza y Lugo) llegando en cirugía cardíaca a cubrir toda la Comunidad Autónoma.

- 4.- Fundación Pública Hospital da Barbanza (FPHB). Es el hospital del Sector de Barbanza. Se pone en funcionamiento a finales de 1998. Cubre 4 municipios con 63.958 habitantes (Tabla 1).
- 5.- C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos (CHAM). Es el complejo hospitalario público del SERGAS en el Sector de Ferrol. Cuenta con dos edificios: Hospital Arquitecto Marcide y Hospital Novoa Santos. Cubre 20 municipios con 192.854 habitantes (Tabla 1).
- 6.- C.H. de Pontevedra (CHPO). Es un hospital público del SERGAS en el Sector de Pontevedra. Es el resultado de la fusión del H. Montecelo y del C.H. Provincial de Pontevedra realizada a finales del año 1998. Cubre 21 municipios con 216.657 habitantes (Tabla 1).

Este centro cubre, además de su sector, en diversas especialidades el sector de Salnés.

- 7.- Fundación Pública Hospital do Salnés (FPHS). Es el hospital del Sector del Salnés. Se pone en funcionamiento a finales de 2001. Cubre 6 municipios con 71.428 habitantes (Tabla 1).
- 8.- C.H. Xeral-Cíes (CHXCi). Es el complejo hospitalario público del SERGAS en el Sector Vigo-Centro. Cuenta con dos edificios Hospital Xeral y Hospital Cíes. Cubre 4 municipios con 215.947 habitantes (Tabla 1).

Este centro cubre, además de su sector, en algunas especialidades los

sectores de Vigo-Sur, Vigo-Valmiñor, Pontevedra, Salnés y Ourense.

- 9.- Hospital Meixoeiro (HM). Es un hospital público del SERGAS en el Sector Vigo-Sur. Cubre 18 municipios con 163.455 habitantes (Tabla 1). Este centro cubre, además de su sector, en diversas especialidades otros sectores (Pontevedra, Salnés y Vigo-Valmiñor) llegando en cirugía cardíaca a cubrir toda la Comunidad Autónoma.
10. Policlínico Vigo, S.A. (POVISA). Es un hospital privado que sobre la base de un concierto singular con el SERGAS tiene asignado el Sector Vigo-Valmiñor. Cubre 6 municipios con 135.536 habitantes (Tabla 1).
11. C.H. de Ourense (CHOU). Es el complejo público del SERGAS en el Sector de Ourense resultado de la fusión a finales de 1998 del C.H. Cristal-Piñor y del H. Santa María Nai. Cuenta con cuatro edificios: Hospital Nuestra Señora del Cristal, Hospital Santo Cristo de Piñor, Hospital Santa María Nai y Hospital Psiquiátrico de Toén. Cubre 68 municipios con 261.671 habitantes (Tabla 1). Este centro cubre, además de su sector, en diversas especialidades los sectores de Verín y Valdeorras.
12. Hospital Comarcal de Valdeorras (HCV). Es el hospital comarcal público del SERGAS en el Sector de Valdeorras. Cubre 13 municipios con 37.288 habitantes (Tabla 1).
13. Fundación Pública Hospital de Verín (FPHV). Es una fundación pública en el Sector de Verín. Cubre 11 municipios con 30.412 habitantes (Tabla 1).
14. Hospital Comarcal de Monforte (HCM). Es el hospital comarcal público del SERGAS en el Sector de Monforte. Cubre 11 municipios con 50.520 habitantes.
15. C.H. Xeral-Calde (CHXCa). Es el complejo hospitalario público del SERGAS en el Sector de Lugo. Cuenta con tres edificios Hospital Xeral, Hospital de Calde y Hospital Provincial San José. Cubre 42 municipios con 220.598 habitantes.

Este centro cubre, además de su sector, en algunas especialidades los sectores de Monforte y Cervo-Burela.

16. Hospital da Costa (HC). Es el hospital comarcal público del SERGAS en el Sector de Cervo-Burela (norte de la provincia de Lugo). Cubre 14 municipios con 70.654 habitantes (Tabla 1).

Como quiera que los datos de población que se han descrito (Tabla 1) corresponden al último año del período estudiado (año 2004), se ofrecen también en la tabla 2 los mismos datos correspondientes al inicio de dicho período (año 2000).

Tabla 1: Población por sectores hospitalarios. Año 2004

SECTORES HOSPITALARIOS	MUNICIPIOS	< 15 AÑOS		15-64 AÑOS		> 64 AÑOS		TOTAL	MUJERES EDAD FÉRTIL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%		Nº	%
Sector CHUJC	29	51.983	10,8	334.307	69,4	95.173	19,8	481.463	112.093	23,3
Sector FPHVX	8	4.976	11,4	29.074	66,8	9.459	21,7	43.509	8.880	20,4
Sector CHUS	42	43.132	11,4	256.070	67,4	80.592	21,2	379.794	85.391	22,5
Sector FPHB	4	8.794	13,7	43.230	67,6	11.934	18,7	63.958	14.591	22,8
Sector CHAM	20	18.800	9,7	129.614	67,2	44.440	23,0	192.854	41.412	21,5
Sector CHPO	21	27.587	12,7	148.584	68,6	40.486	18,7	216.657	50.476	23,3
Sector FPHS	6	9.853	13,8	49.053	68,7	12.522	17,5	71.428	16.886	23,6
Sector CHXCI	4	69.961	27,8	147.808	58,7	34.178	13,6	251.947	49.899	19,8
Sector HM	18	-	-	128.162	78,4	35.293	21,6	163.455	43.798	26,8
Sector POVISA	6	-	-	110.858	81,8	24.678	18,2	135.536	37.409	27,6
Sector CHOU	68	24.952	9,5	162.238	62,0	74.481	28,5	261.671	51.415	19,6
Sector HCV	13	3.960	10,6	22.755	61,0	10.573	28,4	37.288	7.210	19,3
Sector FPHV	11	2.941	9,7	17.718	58,3	9.753	32,1	30.412	5.333	17,5
Sector HCM	11	4.223	8,4	28.180	55,8	18.117	35,9	50.520	8.734	17,3
Sector CHXCa	42	21.392	9,7	137.263	62,2	61.943	28,1	220.598	44.218	20,0
Sector HC	14	6.875	9,7	46.044	65,2	17.735	25,1	70.654	14.719	20,8
TOTAL GALICIA	315	299.429	11,2	1.790.958	67,0	581.357	21,8	2.671.744	592.464	22,2

Fuente: Tarjeta Sanitaria (Los menores de 15 años y las mujeres en edad fértil para atenciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio de los sectores del HM y de POVISA son atendidos en el CHXCI) (La suma de municipios es 317 debido a que la población del municipio de Vigo es atendida por tres centros: CHXCI, HM y POVISA)

Tabla 2: Población por sectores hospitalarios. Año 2000

SECTORES HOSPITALARIOS	MUNICIPIOS	< 15 AÑOS		15-64 AÑOS		> 64 AÑOS		TOTAL	MUJERES EDAD FÉRTIL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%		Nº	%
Sector CHUJC	29	50.369	11,1	316.569	69,5	88.703	19,5	455.641	106.817	23,4
Sector FPHVX	8	5.525	12,4	29.745	67,0	9.149	20,6	44.419	9.466	21,3
Sector CHUS	41	41.698	12,1	231.557	67,1	71.775	20,8	345.030	77.924	22,6
Sector FPHB	4	9.117	14,5	42.673	67,7	11.252	17,8	63.042	14.601	23,2
Sector CHAM	20	19.317	10,1	129.577	67,6	42.899	22,4	191.793	42.336	22,1
Sector CHPO	22	30.337	13,1	156.829	67,9	43.636	18,9	230.802	54.129	23,5
Sector FPHS	6	9512	14,1	46674	69,0	11481	17,0	67667	16264	24,0
Sector CHXCI	4	68.579	28,7	139.285	58,2	31.504	13,2	239.368	48.284	20,2
Sector HM	18	-	-	122.638	67,8	33.089	18,3	180.799	42.667	23,6
Sector POVISA	6	-	-	103.819	71,7	22.473	15,5	144.736	35.737	24,7
Sector CHOU	68	25.744	10,1	157.758	61,9	71.463	28,0	254.965	49.683	19,5
Sector HCV	13	4.136	11,3	22.270	60,6	10.347	28,2	36.753	7.053	19,2
Sector FPHV	11	3.080	10,3	17.493	58,2	9.470	31,5	30.043	5.203	17,3
Sector HCM	11	4.518	8,8	28.822	55,9	18.266	35,4	51.606	8.834	17,1
Sector CHXCa	42	22.746	10,5	134.336	61,8	60.130	27,7	217.212	42.994	19,8
Sector HC	14	7.530	10,6	46.005	65,0	17.273	24,4	70.808	14.909	21,1
TOTAL GALICIA	315	302.208	11,7	1.726.050	66,9	552.910	21,4	2.581.168	576.901	22,4

Fuente: Tarjeta Sanitaria (Los menores de 15 años y las mujeres en edad fértil para atenciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio de los sectores del HM y de POVISA son atendidos en el CHXCI) (La suma de municipios es 317 debido a que la población del municipio de Vigo es atendida por tres centros: CHXCI, HM y POVISA)(La FPHS comienza a funcionar en el año 2001)

2.2. ORGANIZACIÓN HOSPITALARIA

Los hospitales comienzan a estructurarse normativamente en España en el año 1998 [21] y en Galicia en el año 2001 en que se asumen las transferencias sanitarias [22], aunque posteriormente se establecieron otras regulaciones por el Servicio Gallego de Salud [23-28].

Podemos decir que desde un punto de vista de la producción, los hospitales se organizan en tres grandes bloques [29-32]:

1. Bloque final. Lo constituyen todos los servicios que realizan directamente la actividad asistencial, es decir, aquellos que son los responsables de la atención a los pacientes. Algunos ejemplos son el servicio de medicina interna, el de cirugía general o el de pediatría.
2. Bloque intermedio. Lo conforman aquellos servicios que, aunque no tienen la responsabilidad directa de la atención a los pacientes, prestan apoyo a los servicios finales para el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes. Podemos citar el servicio de radiodiagnóstico o los laboratorios.
3. Bloque estructural. En este bloque se incluyen los demás servicios de un hospital, como ejemplo citaremos el servicio de admisión, el servicio de personal o el de gestión económica.

Por otra parte, los hospitales se organizan en grandes líneas de producción:

1. Hospitalización de agudos.
2. Hospitalización sociosanitaria
3. Hospitalización psiquiátrica de crónicos
4. Hospitalización de día
5. Hospitalización a domicilio
6. Cirugía mayor ambulatoria
7. Consultas externas
8. Urgencias

En el caso de la hospitalización de agudos, a su vez, se organiza en cinco áreas claramente diferenciadas en función de las características de los pacientes atendidos y de los procedimientos a que se somete a dichos pacientes:

1. Área médica. Atiende a pacientes adultos (mayores de 14 años) que no precisan ser sometidos a intervención quirúrgica. Constituyen esta área los servicios de alergología, aparato digestivo, cardiología, endocrinología, hematología clínica, medicina interna, medicina preventiva, nefrología, neumología, neurología, oncología médica, oncología radioterápica, rehabilitación, reumatología y

geriatría. Su distribución en la red de hospitales del Sergas correspondiente al año 2004 puede verse en la tabla 3 y al año 2000 en la tabla 4.

Tabla 3: Especialidades del área médica. Año 2004

ÁREA	ESPECIALIDADES	HOSPITALES															
		CHUJC	FPHVX	CHUS	FPHB	CHAM	CHPO	FPHS	CHXCI	HM	POV	CHOU	HCV	FPHV	HCM	CHXCa	HC
Médica	Alergología																
	Aparato Digestivo																
	Cardiología																
	Endocrinología																
	Hematología Clínica																
	Medicina Interna																
	Medicina Nuclear																
	Medicina Preventiva																
	Nefrología																
	Neumología																
	Neurología																
	Oncología Médica																
	Onc. Radioterápica																
	Rehabilitación																
Reumatología																	
Geriatría																	
Quirúrgica	Anestesia y Reanim.																
	Cirugía Cardíaca																
	Cirugía Maxilofacial																
	Cirugía Pediátrica																
	Cirugía Plástica																
	Cirugía Torácica																
	Cirugía Vascular																
	Cirugía General																
	Dermatología																
	Ginecología																
	Neurocirugía																
	Otorrinolaringología																
	Oftalmología																
	Traumatología																
	Urología																
Obstétrica	Obstetricia																
Pediátrica	Pediatría																
Psiquiátrica	Psiquiatría																
UCI	UCI																
TOTAL SERVICIOS FINALES		32	15	34	15	25	26	15	29	27	33	30	15	15	19	29	24

Fuente: División de Asistencia Sanitaria del Servicio Gallego de Salud

2. Área quirúrgica. Atiende a pacientes de cualquier edad cuando deben ser sometidos a intervenciones quirúrgicas. Los servicios de esta área son anestesiología y reanimación, cirugía cardíaca, cirugía maxilofacial, cirugía pediátrica, cirugía plástica, cirugía torácica, cirugía vascular, cirugía general y digestiva, dermatología, ginecología, neurocirugía, otorrinolaringología, oftalmología, traumatología y urología.
3. Área obstétrica. Atiende a mujeres en edad fértil (generalmente entre 15 y 45 años) cuando demandan atención para procesos relacionados específicamente con embarazo, parto y puerperio. Conforman esta área el servicio de obstetricia.
4. Área pediátrica. Atiende a pacientes hasta los 14 años que no precisan ser so-

metidos a intervención quirúrgica. Incluyen esta área las distintas unidades de pediatría, incluso las unidades de neonatología y las UCIs neonatal y pediátrica.

5. Área psiquiátrica. Concentra la atención de los problemas relacionados con la salud mental para pacientes de cualquier edad.
6. Área de cuidados intensivos. Atiende a pacientes de cualquier edad en situación grave mientras requieren atención médica intensiva.

Tabla 4: Especialidades del área médica. Año 2000

ÁREA	ESPECIALIDADES	HOSPITALES															
		CHUJC	FPHVX	CHUS	FPHB	CHAM	CHPO	FPHS	CHXCI	HM	POV	CHOU	HCV	FPHV	HCM	CHXCa	HC
Médica	Alergología																
	Aparato Digestivo																
	Cardiología																
	Endocrinología																
	Hematología Clínica																
	Medicina Interna																
	Medicina Nuclear																
	Medicina Preventiva																
	Nefrología																
	Neumología																
	Neurología																
	Oncología Médica																
	Onc. Radioterápica																
	Rehabilitación																
Quirúrgica	Reumatología																
	Geriatría																
	Anestesia y Reanim.																
	Cirugía Cardíaca																
	Cirugía Maxilofacial																
	Cirugía Pediátrica																
	Cirugía Plástica																
	Cirugía Torácica																
	Cirugía Vascular																
	Cirugía General																
	Dermatología																
	Ginecología																
	Neurocirugía																
	Otorrinolaringología																
Obstétrica	Oftalmología																
	Traumatología																
Pediátrica	Urología																
	Obstetricia																
Psiquiátrica	Pediatría																
	Psiquiatría																
UCI	UCI																
TOTAL SERVICIOS FINALES		32	13	34	14	25	26		29	27	33	30	15	16	19	29	22

Fuente: División de Asistencia Sanitaria del Servicio Gallego de Salud (La Fundación Pública Hospital do Salnés -FPHS- se pone en marcha a finales del año 2001)

Como quiera que el estudio se centra en el área médica, ofrecemos en la tabla 5 algunos datos de interés por cada uno de los hospitales del Sergas.

En el periodo estudiado el número de camas funcionantes, las realmente utiliza-

bles, se incrementan en 241 pasando de 2.612 en el año 2000 a 2.853 en el año 2004.

En cuanto al número de especialidades del área médica permanece constante en casi todos los centros, tan solo pierden una especialidad el Hospital Comarcal de Valdeorras y la Fundación Pública Hospital de Verín y gana dos especialidades el Hospital da Costa.

El número de especialistas del área médica crece en estos años en 119 facultativos pasando de 1.050 en el año 2000 a 1.169 en el año 2004.

Tabla 5: Red de hospitales del Sergas: área médica. Año 2000 y 2004

	Año 2000			Año 2004		
	CAMAS	ESPECIALIDADES	ESPECIALISTAS	CAMAS	ESPECIALIDADES	ESPECIALISTAS
Sector CHUJC	556	13	191	643	13	201
Sector FPHVX	36	4	5	36	4	9
Sector CHUS	390	15	191	385	15	204
Sector FPHB	39	4	16	41	4	10
Sector CHAM	117	13	56	143	13	63
Sector CHPO	193	13	102	214	13	123
Sector FPHS	0	0	0	38	4	9
Sector CHXCI	142	13	99	147	13	111
Sector HM	171	15	85	186	15	108
Sector POVISA	175	15	41	189	15	43
Sector CHOU	366	15	126	358	15	126
Sector HCV	28	5	12	38	4	10
Sector FPHV	34	5	6	33	4	6
Sector HCM	40	8	13	43	8	13
Sector CHXCa	295	14	90	321	14	113
Sector HC	30	10	17	38	12	20
TOTAL GALICIA	2.612	15	1.050	2.853	15	1.169

Fuente: División de Asistencia Sanitaria del Servicio Gallego de Salud

2.3. EL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS

Clásicamente la gestión del hospital se venía realizando sobre la base de un sistema que ofrece exclusivamente información cuantitativa. Desde hace varios años se viene trabajando en dotar a los equipos de gestión de los hospitales de nuevos sistemas de información que aporten información sobre aspectos más cualitativos de su actividad, en este sentido se desarrollan los CMBD, principalmente el de hospitalización aunque ya existen experiencias de este tipo en otras áreas de producción como son la consulta externa, las urgencias y la cirugía ambulatoria [33-35].

Los antecedentes del CMBD se remontan al año 1974 en los Estados Unidos con la puesta en marcha del Uniform Hospital Discharge Data Set constituido por 14 datos de cada episodio de hospitalización.

Un grupo de expertos constituido en Europa en 1975 estudia los sistemas de información hospitalarios y plantea la posibilidad de implantar el Conjunto Mínimo Básico de Datos Europeos en el informe presentado en 1981. En dicho informe se recogen 13 datos como Conjunto Mínimo Básico de Datos para estadísticas hospitalarias en la Comunidad Europea que son aceptados como parte del sistema de información hospitalario por el Consejo de Europa en 1982.

En España se aprueba el CMBD en el pleno celebrado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de la Salud en diciembre de 1987.

El CMBD recoge unos pocos datos de los que se registran sobre cada episodio de hospitalización en la historia clínica, por lo que un buen CMBD solo es posible con un esfuerzo importante en la mejora de la documentación sanitaria y una formación de profesionales en codificación diagnóstica [36].

En Galicia esto tiene su refrendo mediante las actuaciones realizadas en todos los hospitales de la red pública del Servicio Gallego de Salud para consolidar una buena organización y gestión de la documentación sanitaria y en formar a estos equipos en las técnicas de codificación diagnóstica y en las herramientas de análisis de casuística.

El CMBD es la aplicación de técnicas documentales a un sistema de información [37] que exige una correcta organización de la documentación en el hospital en lo referente a la historia clínica [38,39] y un sistema de codificación diagnóstica de calidad.

El CMBD es un sistema en clara expansión [40], en España comienza su implantación en los años 90, concretamente en 1992 con la puesta en marcha del Proyecto de desarrollo del Conjunto Mínimo Básico de Datos en el Sistema Nacional de Sa-

lud que nace con el objetivo de unificar las bases de datos de CMBD de las comunidades autónomas e Insalud. El del SERGAS nace con las siguientes variables [41], similares a las de otras Comunidades Autónomas [42-50]:

1. CÓDIGO DEL CENTRO. Campo numérico de 6 dígitos. Código del centro según el Catálogo Nacional de Hospitales.
2. NÚMERO DE HISTORIA. Campo alfanumérico de 8 dígitos, que puede contener cualquier carácter y/o número.
3. FECHA DE NACIMIENTO. Campo tipo fecha con formato “ddmmyyyy”. Deberá contener una fecha válida compuesta exactamente por 8 dígitos: dos para el día, dos para el mes y cuatro para el año. En caso de no existir la fecha en su lugar vendrá un espacio en blanco.
4. CÓDIGO DEL SEXO. Campo numérico de 1 dígito. Los códigos utilizados son:
 - 1 = hombre
 - 2 = mujer
 - 3 = indeterminado (estados intersexos)
 - 9 = desconocido
5. CÓDIGO DE POBLACIÓN DE RESIDENCIA. Campo numérico de 5 dígitos. Deberá contener el código que le corresponda según la población, correspondiendo los dos primeros dígitos a la provincia y los tres últimos al municipio. En caso de desconocido es un 999 99.
6. TIPO DE FINANCIACIÓN. Campo numérico de 1 dígito. Los códigos utilizados son:
 - 1: Seguridad Social
 - 2: Entidades aseguradoras de accidentes de tráfico
 - 3: Mutuas patronales de accidentes de trabajo
 - 4: Mutuas de funcionarios
 - 5: Particulares / otras
 - 6: ISM.
 - 9: Desconocido
7. SERVICIO DE ALTA. Campo alfanumérico de 5 dígitos. En caso de no conocerse este dato, vendrá en blanco.
8. FECHA DE INGRESO. Campo tipo fecha con formato “ddmmyyyy”. Deberá cumplir las mismas condiciones que la Fecha de Nacimiento.
9. TIPO DE INGRESO. Campo numérico de 1 dígito. En caso de los desconocidos

deberá venir con 0. Los códigos empleados son:

- 1: Urgente
 - 2: Programado
10. **DIAGNÓSTICO PRINCIPAL.** El que motiva el ingreso. Campo alfanumérico de 6 dígitos. Debe ser un Código de Diagnóstico existente en la CIE-9-MC y, al contrario que las Morfologías, debe venir exactamente en la misma forma en la que aparece en la CIE-9-MC (incluyendo el punto si lo tiene. Ej.: Si el diagnóstico es “Apendicitis aguda con peritonitis generalizada”, el código será “540.0” y no “5400”). En caso de no existir Diagnóstico Principal, este dato vendrá en blanco.
 11. **DIAGNÓSTICOS SECUNDARIOS.** Son doce datos separados por delimitador. Campo alfanumérico de 6 dígitos. Con las mismas condiciones que el Diagnóstico Principal.
 12. **PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO Y OBSTÉTRICO PRINCIPAL.** Campo alfanumérico de 5 dígitos. Con las mismas condiciones que el Diagnóstico Principal.
 13. **OTROS PROCEDIMIENTOS** (son veinte datos separados por delimitador). Campo alfanumérico de 5 dígitos. Con las mismas condiciones que el Diagnóstico Principal.
 14. **MORFOLOGÍAS DE TUMOR.** Son cuatro datos separados por delimitador. Campo alfanumérico de 6 dígitos. Deberá ser un Código de Morfología existente en la CIE-9-MC. Aunque este código en la CIE es de la forma M####/#, en el fichero de envío de datos para CMBD deberá venir en la forma M##### (Ej.: Si la morfología es “Melanoma maligno NEOM”, el código será M87203 en lugar de M8720/3). Si se desconoce la morfología o no hay tumor, estos datos vendrán en blanco.
 15. **FECHA DE INTERVENCIÓN.** Campo tipo fecha con formato “ddmmyyyy”. Deberá cumplir las mismas condiciones que la Fecha de Nacimiento.
 16. **FECHA DE ALTA.** Campo tipo fecha con formato “ddmmyyyy”. Con las mismas condiciones que la Fecha de Nacimiento.
 17. **ESTANCIAS.** Campo numérico de 3 dígitos. Número de días que dura el episodios de hospitalización (Fecha de alta menos fecha de ingreso).
 18. **TIPO DE ALTA.** Campo numérico de 1 dígito. Se utilizan los siguientes códigos:
 - 1: Destino a domicilio
 - 2: Traslado a otro hospital

- 3: Traslado a centros sociosanitarios
- 4: Alta voluntaria
- 5: Exitus
- 9: Desconocido

Posteriormente el CMBD de la red de hospitales de agudos del SERGAS se modifica, a finales de la década de los 90, ampliando su estructura en los siguientes campos:

19. NÚMERO DE TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL. Campo alfanumérico de 14 dígitos. Dispondremos de este dato siempre que el paciente sea de la Comunidad Autónoma de Galicia.
20. GARANTE = CCAA Financiadora. Campo numérico de 2 dígitos. Si el tipo de financiación es Seguridad Social en este campo se codifica el Código de Comunidad Autónoma Financiadora.
21. INICIATIVA DEL INGRESO. Campo numérico de 1 dígito. Indica qué o quién decide el ingreso. Los códigos empleados son:
 - 1: Por orden facultativa
 - 2: Petición propia del paciente
 - 3: Petición de un familiar del paciente
 - 4: Por orden gubernativa
 - 5: Por orden judicial
 - 6: Por autorización judicial
 - 7: Por orden de la inspección médica
 - 0: Indeterminada
22. CAUSA DEL INGRESO. Campo numérico de 1 dígito. Indica cual es la causa del ingreso. Los códigos empleados son:
 - 0: Indeterminada
 - 1: Enfermedad común
 - 2: Accidente de tráfico
 - 3: Accidente de trabajo
 - 4: Accidente deportivo
 - 5: Accidente casual y otros
 - 6: Agresión externa
 - 7: Autoagresión
23. MODALIDAD ASISTENCIAL DE PROCEDENCIA. Campo numérico de 2 dígitos. Indica la modalidad asistencial previa al episodio. Los códigos empleados son:

- 0: Indeterminada
 - 1: Hospitalización de agudos
 - 2: Consultas externas
 - 3: Hospital de día
 - 4: Cirugía ambulatoria
 - 5: Salas especiales
 - 6: Urgencias
 - 7: Paritorios
 - 8: Hospitalización a domicilio
 - 9: Hospital psiquiátrico de crónicos
 - 10: Centro socio-sanitario
 - 11: Hotel de pacientes
 - 12: Pisos protegidos psiquiátricos
 - 13: Unidades de atención primaria
 - 14: Punto de Atención Continuada (PAC)
 - 15: Urgencias sanitarias de Galicia-061
 - 16: Otro hospital
 - 17: Ninguna modalidad asistencial
24. SERVICIO DE ORIGEN. Campo alfanumérico de 4 dígitos. Servicio de origen en el caso de que el episodio proceda de otro hospital.
25. INICIATIVA DEL ALTA. Campo numérico de 1 dígito. Indica qué o quién decide el alta. Los códigos empleados son:
- 1: Por orden facultativa
 - 2: Petición propia del paciente
 - 3: Petición de un familiar paciente
 - 4: Por orden gubernativa
 - 5: Por orden judicial
 - 6: Por autorización judicial
 - 7: Por orden de inspección
 - 8: Fuga
 - 9: Exitus
 - 0: Indeterminada
26. DESTINO FÍSICO. Campo numérico de 1 dígito. Indica el destino físico del paciente al finalizar el episodio. Los códigos empleados son:
- 0: indeterminado
 - 1: domicilio
 - 2: hospitalización de agudos
 - 3: hospital psiquiátrico crónicos
 - 4: centro socio-sanitario
 - 5: piso protegido de psiquiatría

- 6: hotel de pacientes
- 7: tanatorio

27. SUBEPISODIO. De cada subepisodio se codifican los siguientes datos:

- Número de episodio (código de 6 dígitos)
- Número de registro en CMBD (código de 6 dígitos)
- Fecha de ingreso
- Hora de ingreso
- Fecha de alta
- Hora de alta
- Número de orden del subepisodio
- Grupo Funcional Homogéneo
- GNA (Servicio)

La evolución del CMBD en España es muy positiva en la década de los años 1990. Concretamente en 1992 el nivel de codificación alcanzaba el 43% del total de los episodios de hospitalización del Sistema Nacional de Salud mientras que cinco años después, en 1997, ese porcentaje alcanzaba el 92% de los episodios de la red pública y el 25% en los hospitales privados [51].

En Galicia, en la red de hospitales del Sergas, la evolución de los porcentajes de codificación fue, así mismo, muy positiva:

- en el año 1993 este porcentaje era del 57% de los episodios de hospitalización, solo cuatro hospitales tenían porcentajes de codificación mayores del 80% C.H. Universitario Juan Canalejo, C.H. de Ourense, C.H. Xeral-Calde y C.H. Arquitecto Marcide [52].
- en 1994 este porcentaje alcanza el 77,1%, quedando por debajo del 50% el C.H. Universitario de Santiago y no codificaba el Hospital Santa María Nai de Ourense [52].
- en 1995 se incrementa hasta el 86,3% y sigue sin codificar el Hospital Santa María Nai [53].
- en 1996 alcanza el 96,8%, con un único centro por debajo del 92%, concretamente el Hospital Santa María Nai de Ourense con el 71,6% [53].
- en 1997 el porcentaje crece muy poco, llega al 97,8%, manteniéndose la situación del Hospital Santa María Nai (75,7%) [54].
- A partir del año 1998 el porcentaje está muy próximo al 100%, concretamente alcanza el 99,4% en ese año y el 99,6 en 1999 [55].

2.4. LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE-9-MC)

La Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª edición, modificación clínica (CIE-9-MC) se emplea para la codificación de los diagnósticos y procedimientos. Podemos citar como antecedente histórico de la codificación con la CIE-9-MC la Lista Internacional de Causas de Defunción de finales del siglo XIX (Instituto Internacional de Estadística de Viena) que sufre varias revisiones. En 1976 la novena revisión de la CIE pasa a ser responsabilidad de la OMS y aparece la primera traducción al castellano.

Posteriormente la Comisión de Actividades profesionales y hospitalarias de EEUU publica la Modificación Clínica y en 1985 el Comité de Coordinación y Mantenimiento de la CIE inicia la publicación bimensual del Coding Clinic.

La traducción al castellano de la CIE-9-MC 1ª edición aparece en 1990. Las sucesivas ediciones en castellano y los periodos en que se usaron para la codificación en España son los siguientes:

- en 1992 aparece la 2ª edición que se usa entre 1994 y 1996,
- en 1996 la 3ª edición que se utiliza entre 1997 y 1998,
- en 1999 la 4ª edición que se utiliza entre 1999 y 2001 y
- en 2001 se actualiza la 4ª edición que se utiliza desde el año 2002.

La CIE-9-MC tiene la siguiente estructura:

- VOLUMEN 1: Lista tabular de enfermedades y lesiones. Contiene todos los códigos asignados a las causas orgánicas, problemas y causas externas que pueden afectar a un paciente.

Concretamente consta de tres clasificaciones y cuatro apéndices:

- . Clasificación de enfermedades y lesiones (códigos 001 a 999). Son 17 capítulos:

1. Enfermedades infecciosas y parasitarias
2. Neoplasias
3. Enfermedades endocrinas, de la nutrición y de la inmunidad
4. Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos
5. Trastornos mentales
6. Enfermedades del sistema nervioso y órganos sensoriales
7. Enfermedades del aparato circulatorio
8. Enfermedades del aparato respiratorio
9. Enfermedades del aparato digestivo
10. Enfermedades del aparato genitourinario

11. Complicaciones de la gestación, parto y puerperio
12. Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo
13. Enfermedades del aparato musculoesquelético y tejido conectivo
14. Anomalías congénitas
15. Patología perinatal
16. Síntomas, signos y estados mal definidos
17. Lesiones y envenenamientos

La codificación es numérica, con una estructura de “XXX” para la categoría, “XXX.X” para la subcategoría y “XXX.XX” para la subclasificación.

- . Clasificación suplementaria de otros factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios (Códigos V01 a V82).

No tiene capítulos. Son códigos alfanuméricos con una estructura de “VXX” para la categoría, “VXX.X” para la subcategoría y “VXX.XX” para la subclasificación. Solo algunos pueden ser diagnóstico principal.

- . Clasificación suplementaria de causas externas de lesiones y envenenamientos (Códigos E800 a E999). No tiene capítulos. Son códigos alfanuméricos con una estructura de “EXXX” para la categoría y “EXXX.X” para la subcategoría. Nunca pueden ser diagnóstico principal.

- . Apéndice A: morfología de las neoplasias (Códigos M800 a M997). Son códigos obligatorios en nuestra Comunidad Autónoma pero no a nivel nacional. Son códigos alfanuméricos con estructura “MXXXX/X” que nunca pueden ser diagnóstico principal. El último dígito puede tomar los siguientes valores:

- /0.- Benigno
- /1.- Sin certeza de benigno o maligno. Comportamiento incierto
- /2.- Carcinoma in situ
- /3.- Maligno. Sitio primario
- /6.- Maligno. Secundario o metastásico
- /9.- Maligno. Sin certeza de si es primario o secundario

- . Apéndice B: Glosario de Trastornos Mentales

- . Apéndice C: Clasificación de medicamentos según el número de lista del Servicio de fórmulas de los Hospitales Americanos y sus equivalentes de la CIE-9-MC.

- . Apéndice D: Clasificación de los accidentes industriales según la causa.

- VOLUMEN 2: Índice alfabético de enfermedades y lesiones. Contiene el índice alfabético de enfermedades y lesiones, la tabla de fármacos y químicos y el índice de causas externas y traumatismos.

Está organizado en orden alfabético estricto. Existen efectos visuales que facilitan la localización del término deseado, así, los términos de entrada están situados a la izquierda y en negrilla. Para acceder al índice es necesario identificar en la historia el término clave de entrada, que puede ser una patología o proceso, un adjetivo o un nombre o epónimo. El término principal puede estar acompañado de *modificadores no esenciales* (vienen entre paréntesis y no implican cambio de código) o *modificadores esenciales* (vienen abajo e implican un cambio de código). Existen una serie de "Instrucciones" (Véase, Véase además, Véase categoría) y "Notas" (aparecen dentro de un recuadro) que deben leerse y seguirse siempre.

- VOLUMEN 3: Lista tabular de procedimientos. Contiene todos los códigos asignados a los procedimientos quirúrgicos, diagnósticos y terapéuticos, realizados sobre un paciente durante su ingreso. Consta de una clasificación y un índice:

- . Clasificación de procedimientos (Códigos 01 a 99). Organizados en 16 capítulos:

1. Operaciones sobre el sistema nervioso
2. Operaciones sobre el sistema endocrino
3. Operaciones sobre el ojo
4. Operaciones sobre el oído
5. Operaciones sobre la nariz, boca y faringe
6. Operaciones sobre el aparato respiratorio
7. Operaciones sobre el aparato cardiovascular
8. Operaciones sobre el sistema hemático y linfático
9. Operaciones sobre el aparato digestivo
10. Operaciones sobre el aparato urinario
11. Operaciones sobre los órganos genitales masculinos
12. Operaciones sobre los órganos genitales femeninos
13. Procedimientos obstétricos
14. Operaciones sobre el aparato músculo-esquelético
15. Operaciones sobre el aparato tegumentario
16. Diversos procedimientos diagnósticos y terapéuticos

Son códigos numéricos con una estructura de "XX" para la sección, "XX.X" para la categoría y "XX.XX" para la subcategoría.

- . Índice alfabético. Está organizado en orden alfabético estricto. Tiene también efectos visuales que facilitan la localización del término deseado, así, los términos de entrada están situados a la izquierda y en negrilla. Es, como en el caso de los diagnósticos, imprescindible identificar en la historia el término clave de entrada que puede igualmente estar acompañado de *modificadores no esenciales* o *esenciales*.

El proceso de codificación para garantizar la calidad del CMBD:

- debe ser realizado por personal especializado y de forma centralizada en una unidad específica y debe ser apoyado con un plan de formación continuada
- el codificador no debe diagnosticar, sino solo transcribir con códigos lo que el clínico refleja en el informe o historia
- la fuente para la codificación es, en primer lugar, el informe clínico de alta y, en caso necesario, la historia clínica completa
- el codificador debe leer cuidadosamente el informe o historia del paciente, identificar el diagnóstico principal y los secundarios y el procedimiento principal y los demás procedimientos, identificar en cada diagnóstico y procedimiento la palabra clave, buscar los códigos en el índice alfabético que aparecen en negrita, leer en el índice alfabético todos los modificadores, notas e instrucciones, una vez identificados los códigos, ir a la lista tabular y leer todas las notas e instrucciones de capítulo, sección y categoría y seleccionar y anotar los códigos

En el proceso de codificación se definen:

1. Diagnóstico principal. Afección que después del estudio necesario fue la causa del ingreso en el hospital, de acuerdo con el criterio del facultativo que atendió al paciente. Si a lo largo de la estancia aparecen otras patologías, se consignarán como diagnósticos secundarios.
2. Diagnósticos secundarios. Son aquellos que coexisten con el principal en el momento del ingreso o que aparecen a lo largo del mismo y que influyen en la duración de la estancia o en el tratamiento
3. Procedimiento principal. Es aquel procedimiento más importante realizado en quirófano o sala de partos.
4. Otros procedimientos. Son el resto de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o terapéuticos realizados a lo largo del ingreso

Por último, señalar que la codificación debe ser siempre completa, hasta el final, el mayor número de dígitos quiere decir mayor especificidad. Los dígitos residuales, 8 y 9, deben evitarse siempre que se pueda puesto que son fondos de saco.

El Servicio Gallego de Salud, dispone de equipos de codificación en cada centro con formación específica en el manejo de la CIE-9-MC, coordinados y apoyados por la Unidad de Referencia de la Codificación Diagnóstica de Galicia que se encarga también de las revisiones de las nuevas ediciones de la CIE-9-MC y de la publicación periódica de los Boletines de Codificación Diagnóstica [56-68].

2.5. SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES

A partir de la década de los años 70 los sistemas de clasificación de pacientes (SCP) se consideran una herramienta imprescindible para la medición de la producción hospitalaria.

Utilizan para la clasificación diferentes criterios en función de los objetivos que se persigan como control de calidad, gestión, financiación, etc. [69,70].

Entre los SCP más usados podríamos citar:

1. Lista A de la Commission on Professional and Hospital Activities (precursor de los GDR) [71], basada en la obtención de grupos de pacientes con la misma estancia hospitalaria.

Clasifica en 398 grupos subdivididos cada uno de ellos en 5 subgrupos y un total de 7.960 categorías, lo que la hace difícil de manejar.

2. Disease Staging de Gonella a partir del concepto de la evolución de la enfermedad por estadios [72]. Utiliza para clasificar criterios de gravedad o severidad y de pronóstico. Cada patología es clasificada en uno de cuatro estadios:

Estadio 1. Sin complicaciones, severidad mínima

Estadio 2. Manifestaciones en un órgano o sistema, pero mayor riesgo de complicaciones que en el estadio anterior

Estadio 3. Afección de múltiples órganos o sistemas

Estadio 4. Defunción

Uno de sus inconvenientes es su escasa relevancia para prever la utilización de recursos.

3. Acute Physiology and Chronic Health Evaluation más utilizado en unidades de vigilancia intensiva [73]. Se tienen en cuenta tres tipos de datos:

. El grado de afectación fisiológica (Acute Physiology Score) que clasifica en función de 33 criterios clínicos y biológicos y se completa con la evolución de enfermedades crónicas presentes en los seis meses previos al ingreso.

. Valora también la existencia o no de enfermedades crónicas y su repercusión funcional (Chronic Health Evaluation).

. Por último clasifica en uno de los sistemas orgánicos.

Posteriormente el sistema se fue perfeccionando con nuevas versiones (APACHE II Y APACHE III).

4. Severity Index de Horn [74] que mejora el anterior AS-Score [75] en ambos se tiene en cuenta la gravedad. La diferencia entre ellos es que el severity index incorpora como criterio de clasificación el consumo de recursos.

La gravedad de la enfermedad se realiza en cuatro niveles (poca, moderada, mucha y extrema) en función del diagnóstico principal, las concurrencias que afectan al curso de la hospitalización, el grado de respuesta al tratamiento, la atención que necesita después del proceso agudo, las complicaciones, la dependencia y los procedimientos no quirúrgicos.

5. Patient Management Categories (PMC) [76] que agrupa por los cuidados ideales o deseables. Son por tanto, grupos homogéneos respecto al proceso de cuidados hospitalarios deseables.
6. Grupos de Diagnósticos Relacionados que clasifican por isoconsumo y fueron desarrollados a través del análisis estadístico de una amplia base de datos en la Universidad de Yale.

En la actualidad es un sistema de clasificación de pacientes muy usado en los países occidentales y, sin duda, el más usado en España [77-79].

Los aspectos fundamentales de la construcción de los Grupos de Diagnósticos Relacionados (GDR) y de sus objetivos [80,81] son los siguientes:

1. EL OBJETIVO es la definición de grupos en los que cada paciente se espera reciba una cantidad similar de servicios hospitalarios, por tanto relaciona el tipo de pacientes tratados en el hospital con los costes producidos.

Su uso representa el reconocimiento del papel que la casuística o complejidad de los pacientes atendidos en los hospitales tiene en la determinación de sus costes, superando otros indicadores que se utilizaron en el pasado para explicar las diferencias de costes como número de camas y docencia, entre otros.

2. LOS REQUISITOS de la clasificación definidos a priori fueron que debería de ser médicamente interpretable, tendría que obtenerse a partir de información disponible en hospitales, el número final de clases debería ser limitado, cada clase tendría que contener pacientes con un consumo esperado de recursos hospitalarios similar y la definición de las clases tendría que ser comparable a través de diferentes sistemas de codificación

3. LA METODOLOGÍA utilizada en su definición fue a través de paneles de médicos para determinar las categorías diagnósticas mayores (CDM) y para asignar a cada diagnóstico de la CIE-9-MC una categoría.

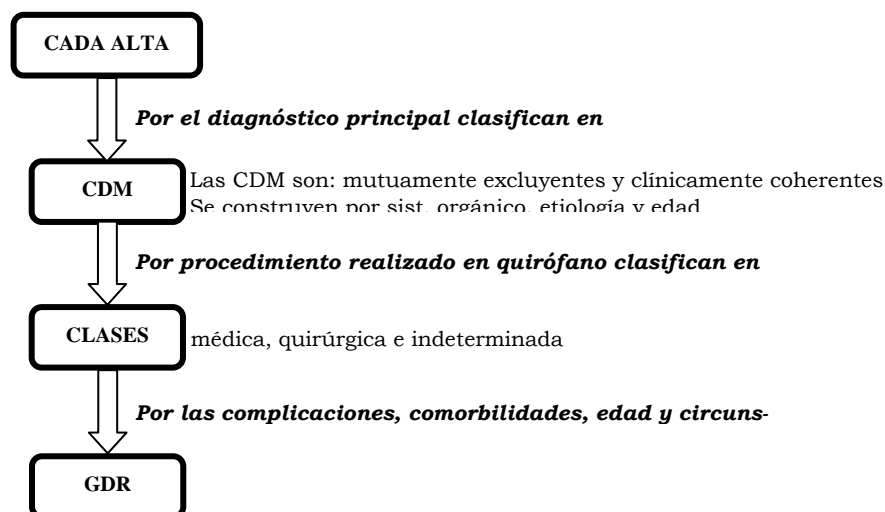
Posteriormente se realiza un análisis estadístico de episodios de hospitalización estudiando la relación entre las diversas variables de cada episodio y la variable dependiente que quería ser explicada (consumo de recursos). Para ello utilizaron métodos de subdivisión recurrente basados en maximizar la reducción de la variable dependiente con el Automated Interaction Detector (AID) [82] y el AUTOGRP [83].

La subclasificación se detiene cuando el grupo tiene un número reducido de efectivos o cuando ninguna otra variable reduce en al menos un 1% la varianza. Como variable de evaluación de los recursos hospitalarios se utilizó la estancia hospitalaria por su buena correlación [84,85].

4. EL ALGORITMO de clasificación de pacientes es (Figura 1):

- Clasificación en CDM según diagnóstico principal con criterios de localización de sistema u órgano.

Figura 1
Esquema de agrupación por GDR



- Clasificación en subgrupos médicos o quirúrgicos en cada CDM según la presencia o ausencia de procedimiento realizado en quirófano
- Clasificación en cada subgrupo:

SUBGRUPO QUIRÚRGICO. En este subgrupo se forman subclases según una jerarquía quirúrgica preestablecida en cada CDM por la intensidad de consumo de recursos.

SUBGRUPO MÉDICO. En este subgrupo se forman subclases según el tipo de diagnóstico principal.

- Cada subclase se subclasifica en función de la edad, sexo, presencia o ausencia de complicaciones o comorbilidades y circunstancia respecto al alta siempre que estas variables reduzcan significativamente la varianza [77].

Los Grupos de Diagnósticos Relacionados (GDR) son el sistema de clasificación de pacientes que se introduce en el ámbito de la gestión sanitaria del SERGAS porque son una ayuda imprescindible para la medición de la producción sanitaria, especialmente a nivel de hospitalización de agudos, sobre todo si se tiene en cuenta que los hospitales se caracterizan por suministrar una gran diversidad de productos, disponer de un número muy alto de productos y la tradición de trabajar con productos intermedios.

En definitiva el sistema CMBD – GDR permite pasar de un análisis de los hospitales sobre la base de la utilización de recursos que tan solo permite valorar la producción primaria y la eficiencia técnica, a un análisis de la producción secundaria mediante la tipología de pacientes.

El concepto de complejidad tiene varias interpretaciones en el mundo sanitario, para los clínicos está relacionada con la severidad, pronóstico, dificultad del tratamiento, con la necesidad de intervención quirúrgica y con la necesidad de cuidados intensivos; sin embargo, para los gestores está relacionada sobre todo con el consumo de recursos.

Los GDR compatibilizan esta doble visión por lo que son un instrumento útil para facilitar el diálogo entre clínicos y gestores.

Existen sucesivas versiones del agrupador [86]:

- . Los Health Care Financial Administration (HCFA-GDR) o GDRs de Medicare
- . GDRs refinados (R-GDR). Surgen a mediados de los años 80 cuando la HCFA desarrolla un proyecto de revisión del uso de las complicaciones y comorbilidades en los GDRs. Un diagnóstico se considera comorbilidad cuando provoca un incremento de los recursos del hospital en el tratamiento del paciente. Los pacientes pueden clasificarse en no comorbilidad, moderada comorbilidad, mayor comorbilidad y catastrófica comorbilidad.

- . All Patient GDR (AP-GDR). Nacen al ampliar el sistema GDR para el pago prospectivo a pacientes distintos de Medicare. Básicamente incluyen dos cambios importantes, incluir el peso como variable de clasificación de los recién nacidos y crear una CDM para pacientes de sida. Posteriormente incorporan otra CDM para los politraumatizados
- . Severity GDR (S-GDR). Surgen a principios de los años 90 cuando la HCFA evalúa nuevamente el uso de las complicaciones y comorbilidades.
- . All patient refinados GDR (APR-GDR). Tiene como base los AP-GDR incluyendo como variables de clasificación la gravedad de la enfermedad y el riesgo de mortalidad.

En este estudio se utiliza la versión AP-18.0 de los GDR que clasifican los episodios de hospitalización en 25 categorías diagnósticas mayores (CDM) con un número final de clases limitado (653).

Tanto las CDM como los GDR son exhaustivas (clasifican todos los episodios de hospitalización) y mutuamente excluyentes (cada episodio solo es clasificado en una única CDM y en un único GDR).

En la actualidad otro esfuerzo importante que se debe abordar desde los sistemas de información sanitaria es el de la medida de la producción, aspecto muy desarrollado en el ámbito hospitalario.

El hospital como empresa de servicios se caracteriza por una producción muy variada e intangible lo que conlleva grandes dificultades en su medición tanto en la definición del recurso (muy afectada por su disponibilidad temporal) como en la del producto (muy difícil de especificar).

Históricamente la medida de la producción hospitalaria se realizaba por medio de indicadores clásicos como la estancia media (hospitales muy eficientes pueden verse penalizados al desarrollar gran parte de su actividad de forma ambulatoria), el porcentaje de ocupación (muy influenciado por componentes estacionales), el índice de rotación, número de consultas, de urgencias, etc. [87].

En los últimos años se realizan esfuerzos para desarrollar medidas combinadas para medir la producción del hospital, comenzando por las Unidades Básicas Asistenciales (UBA) en Cataluña [88], y continuando con las Unidades Ponderadas Asistenciales (UPA) en el INSALUD [89], la Unidad Media Asistencial (UMA) en Valencia [90] y el Equivalente de Valoración Asistencial (EVA) de Andalucía [91].

Una experiencia poco conocida en este sentido es la UPA ajustada por estancia media estándar llevada a cabo en Galicia [92].

En la actualidad se desarrollan indicadores de producto intermedio ajustados por casuística [93] que nos permite calcular las estancias medias ajustadas por funcionamiento y por casuística entre un hospital y un estándar. Algunos estudios señalan problemas en este tipo de comparaciones cuando los estándares incluyen hospitales ineficientes [94]. Esta metodología da lugar en Galicia a las Unidades de Producción de Hospitalización (UPH) [95].

Entre las aplicaciones del sistema CIE-9-MC / CMBD / GDR podemos citar la mejora de la medición de la producción de los hospitales, el análisis de la complejidad de la casuística y el estudio de la calidad, entre otros. En este último apartado destaca la posibilidad de análisis de los reingresos hospitalarios.

3. OBJETIVOS

Objetivos de:
Producción
Comportamiento GDRs
Costes

Los objetivos del presente trabajo, basado en el análisis del Case-Mix de los hospitales de agudos del Servicio Gallego de Salud en función de los datos recogidos en el Conjunto Mínimo Básico de Datos de hospitalización y en la aplicación a ese CMBD de los Grupos de Diagnósticos Relacionados, son:

- 1º.- Analizar la producción de hospitalización del área médica de los hospitales del Servicio Gallego de Salud en los años 2000 a 2004. Concretamente se estudia la producción:
 - a. En cada una de las áreas de hospitalización (médica, quirúrgica, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica y UCI).
 - b. En cada uno de los cinco años del período analizado, 2000 a 2004.
 - c. Para cada uno de los Capítulos de la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª edición modificación clínica (CIE-9-MC) en base al diagnóstico principal, es decir, según el motivo de ingreso en el hospital.
 - d. En cada una de las Categorías Diagnósticas Mayores (CDM) en que clasifica los episodios de hospitalización el sistema GDR.
 - e. Por cada uno de los dieciseis centros hospitalarios de la red de hospitales del Sergas.
 - f. Para cada uno de los servicios o especialidades del área de hospitalización médica.
 - g. Por Grupos de Diagnósticos Relacionados (GDRs), concretamente los GDRs más frecuentes tanto de forma global como por edad y sexo.
 - h. La distribución de la producción de hospitalización por sexo, grupos de edad, circunstancia de ingreso, tipo de GDR (médico o quirúrgico, y por tipo de alta.
 - i. El perfil de producción de cada uno de los hospitales del Sergas en los años 2000 y 2004, analizando su evolución.
 - j. El flujo de pacientes entre áreas sanitarias de la Comunidad Autónoma y la atracción que cada centro hospitalario ejerce sobre los residentes de cada una de las áreas.
 - k. La frecuentación hospitalaria global y sus variaciones por grupos de edad en cada una de las áreas sanitarias de Galicia.

2º.- Estudiar el comportamiento de los cinco Grupos de Diagnósticos Relacionados más frecuentes del área médica.

Estos cinco GDRs son el 541 trastornos respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con complicación mayor, el 127 insuficiencia cardíaca y shock, el 14 trastornos cerebrovasculares específicos excepto AIT y hemorragia intracraneal, el 88 enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el 410 quimioterapia.

Para cada uno de ellos se estudia:

- a. La frecuentación por área de residencia de los pacientes.
- b. Los motivos de ingreso en el hospital.
- c. La distribución de la duración de la estancia, la estancia media, el punto de corte superior y los episodios extremos.
- d. Diferencias en la estancia media por centros, grupos de edad, sexo, tipo de ingreso y tipo de alta.
- e. Los episodios de corta estancia y los reingresos hospitalarios.

3º.- Costes de la hospitalización de pacientes en el área médica entre los años 2000 y 2004, en base a la tarifa de la Unidad de Producción de Hospitalización (UPH) de cada año establecida por el Servicio Gallego de Salud.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

Material

Calidad del CMBD

Metodología

4.1. **MATERIAL**

El estudio fue realizado analizando la información recogida del Conjunto Mínimo Básicos de Datos de episodios de hospitalización disponible en la Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información de la Consellería de Sanidad.

Esta base de datos se constituye a partir de la información remitida por cada centro hospitalario del Servicio Gallego de Salud y por los centros privados concertados con el Sergas a la Subdirección General de Información Sanitaria que es la unidad responsable de la base de datos, actualmente se denomina Subdirección General de Sistemas y Tecnología de Información.

En definitiva, en el presente trabajo se estudian 451.591 episodios de hospitalización válidos de un total de 451.598 episodios codificados y de 451.864 producidos en la red de hospitales de agudos del SERGAS (Tablas 6 y 7). Todos los episodios de la base de datos del CMBD están codificados con la 4ª edición revisada en castellano de la CIE-9-MC [96,97].

Cada centro hospitalario de forma centralizada codifica los episodios de hospitalización. La codificación se realiza en el transcurso del mes siguiente al mes en que se produce el alta. Y la remisión de los datos a los servicios centrales del Sergas se produce en los últimos días de cada mes.

Como quiera que se codifica con distintas ediciones de la CIE-9-MC, con el fin de disponer de una base de datos única, se ha ido transformando el histórico a cada una de las nuevas ediciones utilizadas, de forma que el Sergas dispone de una base de datos única codificada toda ella en la edición de la CIE que se utiliza en cada momento.

Esto permite la explotación longitudinal de toda la base de datos del CMBD del Sergas, siendo posible la aplicación a toda la base del sistema de clasificación de pacientes desde el año 1993 hasta el año actual.

En los cinco años del estudio se han producido un total de 451.864 episodios de hospitalización en la red de hospitales del Sergas, de estos se codificaron un total de 451.598 episodios, es decir, no se dispone de información de 266 episodios (0,06%).

De los 451.598 episodios de hospitalización codificados e incorporados a la base de datos del CMBD, se excluyen 7 episodios incompletos (0,001%) por contener errores graves que impedían la utilización del sistema de clasificación de Grupos de Diagnósticos Relacionados, quedando como episodios válidos para el estudio un total de 451.591.

Tabla 6. Distribución de los episodios del área médica en cada año

AÑO	PRODUCIDOS	CODIFICADOS		VÁLIDOS	
		Nº	% / PROD	Nº	% / CODIF
2000	86.631	86.586	99,95	86.586	100,00
2001	87.464	87.247	99,75	87.242	99,99
2002	91.070	91.066	100,00	91.066	100,00
2003	93.465	93.465	100,00	93.465	100,00
2004	93.234	93.234	100,00	93.232	100,00
TOTAL	451.864	451.598	99,94	451.591	100,00

% / PROD: Porcentaje sobre producidas. & / CODIF: Porcentaje sobre codificadas
Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

Estos 451.591 episodios válidos se reparten en el período estudiado de forma que en el año 2000 se producen 86.586 episodios (19,2%), 87.242 en el año 2001 (19,3%), 91.066 en el año 2002 (20,2%), 93.465 en el 2003 (20,7%) y 93.232 en el año 2004 (20,6%).

Por hospitales el número de episodios válidos en estos cinco años de estudio, se reparten de forma muy variable en función de la capacidad de cada hospital, determinada por su dotación de camas, especialistas y especialidades.

Los cuatro centros con mayor número de episodios son, por este orden, el C.H. Universitario Juan Canalejo con 88.786, el C.H. Universitario de Santiago con 63.850, el C.H. de Ourense con 61.237 y el C.H. Xeral-Calde de Lugo con 53.221 episodios.

Le siguen en una situación intermedia en cuanto a número de episodios otros cinco centros, el C.H. de Pontevedra con 34.531 episodios, el Hospital Meixoeiro con 28.700, el Policlínico Vigo S.A. con 28.072, el C.H. Xeral-Cies con 26.231 y el C.H. Arquitecto Marcide con 21.147 episodios.

En un tercer nivel se colocan los restantes centros, los hospitales comarcales y las fundaciones públicas hospitalarias, ninguno de estos centros alcanza los 8.000 episodios de hospitalización.

Concretamente aportan a la base de datos 7.649 episodios el Hospital Comarcal de Valdeorras, 7.028 la F.P. Hospital Vires da Xunqueira, 6.466 la F.P. Hospital da Barbanza, 6.420 la F.P. Hospital de Verín, 6.368 el Hospital Comarcal de Monforte, 6.103 el Hospital da Costa y 5.782 episodios la F.P. Hospital del Salnés. Este último centro comienza a funcionar a finales del año 2001.

Tabla 7. Distribución de los episodios estudiados (episodios válidos) del área médica por hospital

	2000	2001	2002	2003	2004	TOTAL
CHUJC	16.600	17.056	17.954	18.274	18.902	88.786
FPHVX	1.321	1.326	1.368	1.474	1.539	7.028
CHUS	12.199	12.692	12.857	12.928	13.174	63.850
FPHB	978	1.158	1.328	1.576	1.426	6.466
CHAM	4.141	4.143	3.862	4.369	4.632	21.147
CHPO	7.349	6.697	6.702	7.040	6.743	34.531
FPHS	-	352	1.500	1.965	1.965	5.782
CHXCI	5.295	4.900	5.209	5.436	5.391	26.231
HM	5.837	5.478	5.723	5.889	5.773	28.700
POVISA	5.386	5.293	5.729	5.930	5.734	28.072
CHOU	12.291	12.265	12.369	12.277	12.035	61.237
HCV	1.538	1.484	1.442	1.665	1.520	7.649
FPHV	1.317	1.363	1.277	1.287	1.176	6.420
HCM	1.297	1.147	1.207	1.357	1.360	6.368
CHXCa	9.852	10.748	11.425	10.674	10.522	53.221
HC	1.185	1.140	1.114	1.324	1.340	6.103
SERGAS	86.586	87.242	91.066	93.465	93.232	451.591

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas. (La F.P. Hospital do Salnés aporta datos a partir del último trimestre del año 2001)

La Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información es la responsable de la calidad de la base de datos, de la exhaustividad en su cumplimentación, del cumplimiento de los plazos de codificación y remisión a servicios centrales y de la aplicación del sistema de clasificación de pacientes utilizado en nuestra Comunidad Autónoma, los Grupos de Diagnósticos Relacionados (GDRs).

La base de datos de los servicios centrales del Sergas dispone de información de cada episodio de hospitalización aunque la identificación de cada paciente se realiza a través del número de historia, por lo que se respeta la confidencialidad, tan solo el hospital que atiende al paciente sería capaz de, por el número de historia, identificar al paciente.

4.2. CALIDAD DEL CMBD

La base de datos del CMBD debe cumplir los requisitos de exhaustividad y de calidad para que la información que aporta sea de utilidad en los análisis:

1. PORCENTAJE DE CODIFICACIÓN.

Esta característica se refiere a que debe disponerse, en la base de datos, de información sobre el mayor porcentaje posible de episodios de hospitalización. Los datos sobre los porcentajes de codificación (Gráfico 1) nos informan sobre este aspecto. Estos porcentajes son muy altos en todos los años, oscilan entre el 99,75% en 2001 y el 100% en los años 2002 a 2004 [98-101]. Con estos porcentajes es difícil que los episodios de los que no se dispone de información alteren la exhaustividad, aunque esto sería posible, si por cualquier motivo, los episodios ausentes se concentran en determinadas especialidades, cosa que no ocurre en nuestro caso.

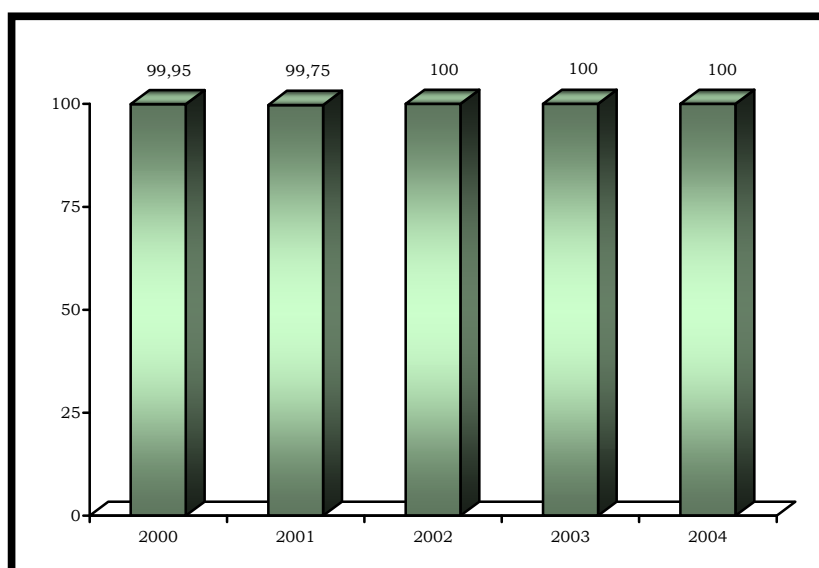


Gráfico 1. Porcentajes de codificación globales del área médica

2. CALIDAD.

La validación de datos del CMBD llevado a cabo afecta a cada una de sus variables. Los errores que se pueden detectar son de tres tipos (Tabla 8) [102]:

- **ERRORES CONFIRMADOS EXCLUYENTES.** Este tipo de error se considera muy grave para la calidad de la base de datos por lo que cualquier episodio de hospitalización con alguno o varios de estos errores se considera episodio invalidado y es eliminado de la base de datos útil.

- **ERRORES CONFIRMADOS NO EXCLUYENTES.** Estos errores se marcan para su corrección por parte de los codificadores.
- **POSIBLES ERRORES.** Son datos infrecuentes que pueden ser errores en la información, por lo que se marcan exclusivamente como posibles errores (errores no confirmados) para que los codificadores puedan confirmar o corregir la información (p.e.: cáncer de mama en varones).

Estos controles permiten a los responsables del CMBD en cada hospital disponer de un conocimiento detallado sobre cada episodio de hospitalización de forma que cualquier error en el CMBD puede ser detectado y subsanado convenientemente antes de ser remitido a los Servicios Centrales del Sergas mensualmente.

Tabla 8. Tipos de errores que se controlan en el CMBD gallego

VARIABLE DEL CMBD	DESCRIPCIÓN DEL ERROR	TIPO DE ERROR
HOSPITAL	Código en blanco	Confirmado no excluyente
	Código incorrecto	Confirmado no excluyente
Nº DE HISTORIA	Episodio duplicado (fechas coincidentes)	Confirmado excluyente
	Episodio solapado (conflicto de fechas)	Confirmado excluyente
	Episodio sucesivo a un exitus	Confirmado excluyente
	En blanco	Confirmado excluyente
FECHA NACIMIENTO	En blanco	Confirmado excluyente
	Mayor que el límite del periodo	Confirmado excluyente
	Posterior a la fecha de ingreso	Confirmado excluyente
	Fecha incorrecta	Confirmado excluyente
	Edad mayor de 120 años	Confirmado excluyente
	Edad < 14 años fuera de Pediatría	Posible error
	Edad > 14 años en Cir. Cardíaca Infantil	Posible error
SEXO	Edad entre 100 y 120 años	Posible error
	En blanco	Confirmado excluyente
	Desconocido	Confirmado excluyente
	Código no permitido	Confirmado excluyente
RESIDENCIA	En blanco	Confirmado no excluyente
	Código no permitido	Confirmado no excluyente
FINANCIACIÓN	En blanco	Confirmado no excluyente
	Tipo desconocido	Confirmado no excluyente
	Código no permitido	Confirmado no excluyente
SERVICIO DE ALTA	En blanco	Confirmado excluyente
	Código no permitido	Confirmado excluyente
	Servicio incompatible con el sexo	Confirmado no excluyente
FECHA DE INGRESO	En blanco	Confirmado excluyente
	Mayor que el límite del periodo	Confirmado excluyente
	Posterior a la fecha de alta	Confirmado excluyente
	Fecha incorrecta	Confirmado excluyente
TIPO DE INGRESO	En blanco	Confirmado no excluyente
	Código no permitido	Confirmado no excluyente
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	En blanco	Confirmado excluyente
	Código no permitido	Confirmado excluyente
	Incompatible con el sexo	Confirmado excluyente
	No codificado a último nivel	Confirmado excluyente
	Incompatible con la edad	Confirmado excluyente
	Incorrecto como diag. principal	Confirmado excluyente
	Infrecuente como diag. principal	Posible error
	Infrecuente en este sexo	Posible error
	Infrecuente en esta edad	Posible error
DIAGNÓSTICOS SECUNDARIOS	Código no permitido.	Confirmado excluyente
	Incompatible con el sexo	Confirmado excluyente

	No codificado a último nivel	Confirmado excluyente
	Incompatible con la edad	Confirmado excluyente
	Incorrecto como diagnóstico secundario	Confirmado excluyente
	Infrecuente como diagnóstico secundario	Posible error
	Infrecuente en este sexo	Posible error
	Infrecuente en esta edad	Posible error
PROCEDIMIENTO PRINCIPAL	Código repetido.	Posible error
	Código no permitido	Confirmado excluyente
	No codificado a último nivel	Confirmado excluyente
	Incompatible con el sexo	Confirmado excluyente
	Incompatible con la edad	Confirmado excluyente
	Incorrecto con procedimiento principal	Confirmado excluyente
	En blanco con fecha de intervención	Confirmado excluyente
	Infrecuente como procedimiento principal	Posible error
PROCEDIMIENTO SECUNDARIO	Infrecuente en este sexo	Posible error
	Infrecuente en esta edad	Posible error
	Código no permitido	Confirmado excluyente
	No codificado a último nivel	Confirmado excluyente
	Incompatible con el sexo	Confirmado excluyente
	Incompatible con la edad	Confirmado excluyente
	Incorrecto como procedimiento secundario	Confirmado excluyente
	Repetido	Posible error
MORFOLOGÍA TUMOR	Infrecuente como procedimiento secundario	Posible error
	Infrecuente en este sexo	Posible error
	Infrecuente en esta edad	Posible error
	En blanco con diagnóstico tumor	Confirmado no excluyente
FECHA INTERVENCIÓN	Código no permitido	Confirmado no excluyente
	Morfología sin diagnóstico tumor	Confirmado no excluyente
	Fecha fuera del episodio	Confirmado excluyente
FECHA DE ALTA	Fecha incorrecta	Confirmado excluyente
	En blanco con procedimiento principal	Confirmado excluyente
	En blanco	Confirmado excluyente
DURACIÓN ESTANCIA	Fuera del episodio	Confirmado excluyente
	Fecha incorrecta	Confirmado excluyente
	Mayor de 999 días	Confirmado excluyente
	Entre 366 y 999 días	Posible error
TIPO DE ALTA	Entre 100 y 365 días	Posible error
	Igual a 0 días	Posible error
	En blanco	Confirmado excluyente
NUMERO DE TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL	Tipo desconocido	Confirmado excluyente
	Código no permitido	Confirmado excluyente
	Mismo TSI en n° de historia diferentes	Confirmado excluyente
	TSIs diferentes para mismo n° de historia	Confirmado excluyente
	Código TSI en blanco	Confirmado no excluyente
GARANTE	Código TSI inexistente (paciente sin tarjeta)	Confirmado no excluyente
	Comunidad financiadora en blanco	Confirmado no excluyente
	Comunidad financiadora indeterminada	Confirmado no excluyente
	Comunidad financiadora incorrecta o inex	Confirmado no excluyente
INICIATIVA DEL INGRESO	Iniciativa de la entrada en blanco	Confirmado no excluyente
	Iniciativa de la entrada desconocida	Confirmado no excluyente
	Iniciativa de la entrada incorrecta o inex	Confirmado no excluyente
	Iniciativa incompatible con causa de ingreso	Confirmado no excluyente
CAUSA DEL INGRESO	Causa de ingreso en blanco	Confirmado no excluyente
	Causa de ingreso desconocida	Confirmado no excluyente
	Causa de ingreso incorrecta o inexistente	Confirmado no excluyente
	Causa de ingreso incomp con modalid proc	Confirmado no excluyente
MODALIDAD DE PROCEDENCIA	Modalidad de procedencia en blanco	Confirmado excluyente
	Modalidad de procedencia indeterminada	Confirmado excluyente
	Modalidad proc incompatible con iniciativa	Confirmado excluyente
	Modalidad de procedencia incorrecta o inex	Confirmado no excluyente
	Código de hospital de origen incorrecto	Confirmado no excluyente
SERVICIO ORIGEN	GFH de procedencia - código no permitido	Confirmado no excluyente
INICIATIVA DEL ALTA	GFH de procedencia - código no permitido	Confirmado no excluyente
	Iniciativa de la salida en blanco	Confirmado excluyente
	Iniciativa de la salida desconocida	Confirmado excluyente
	Iniciativa de la salida incorrecta o inex	Confirmado excluyente
	Iniciativa incompatible con destino físico	Confirmado excluyente

DESTINO FÍSICO	Destino físico en blanco	Confirmado excluyente
	Destino físico desconocido	Confirmado excluyente
	Destino físico incorrecto o inexistente	Confirmado excluyente
	Destino incompatible con modalidad enlace	Confirmado excluyente
MODALIDAD DE ENLACE	Modalidad de enlace en blanco	Confirmado excluyente
	Modalidad de enlace indeterminada	Confirmado excluyente
	Modalidad de enlace incorrecta o inexistente	Confirmado excluyente
	Modalid enlace incompatible con iniciativa	Confirmado excluyente
SUBEPISODIOS	Código de GNA realizador en blanco	Confirmado excluyente
	Código de GNA realizador no normalizado	Confirmado excluyente
	Código de GNA realizador incomp con sexo	Confirmado excluyente
	Subepisodios: fecha de entrada nula	Confirmado excluyente
	Subepisodios: fecha de entrada incorrecta	Confirmado excluyente
	Momento entrada: 1. subepisodio<> episodio	Confirmado excluyente
	GfH primer subepisodio<>GfG de ingreso	Confirmado excluyente
	Subepisodios: Fecha de salida nula	Confirmado excluyente
	Subepisodios: Fecha de salida incorrecta	Confirmado excluyente
	Momento de salida: ult. Subepis.<> Episodio	Confirmado excluyente
	GfH último subepisodio <> GfH de alta	Confirmado excluyente
	Subepis.: Entrada>salida (fechas o horas)	Confirmado excluyente
	Subepisodios solapados	Confirmado excluyente
	No existen subepisodios asociado o episodio	Confirmado excluyente
	Subepisodios duplicados	Confirmado no excluyente
	Código de la UAP en blanco	Confirmado no excluyente
	Código de la UAP desconocido	Confirmado no excluyente
	Código de la UAP incorrecto o inexistente	Confirmado no excluyente

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

Otro aspecto de la calidad de la base de datos nos la ofrece la agrupación con Grupos de Diagnósticos Relacionados (GDR), por cuanto existen GDRs no válidos o en los que el procedimiento quirúrgico es incoherente con el diagnóstico principal:

- 470: no agrupable,
- 469: diagnóstico principal no válido como diagnóstico de alta,
- 468: procedimiento quirúrgico extensivo sin relación con el diagnóstico principal,
- 476: procedimiento quirúrgico prostático sin relación con el diagnóstico principal y
- 477: procedimiento quirúrgico no extensivo no relacionado con el diagnóstico principal.

En todas las Comunidades Autónomas existe este control de calidad [103]. Como reflejo de la calidad del CMBD de Galicia, cabe destacar lo siguiente [98-101]:

- Los porcentajes de episodios válidos son muy elevados, oscilan entre el 99,99% de los años 2001 y 2004 y el 100% en los demás años del estudio (Gráfico 2).
- La media de errores por episodio es mínima, oscilando, en el período estudiado, entre 0,08 de los años 2000 y 2001 y 0 en el año 2003 (Gráfico 3).

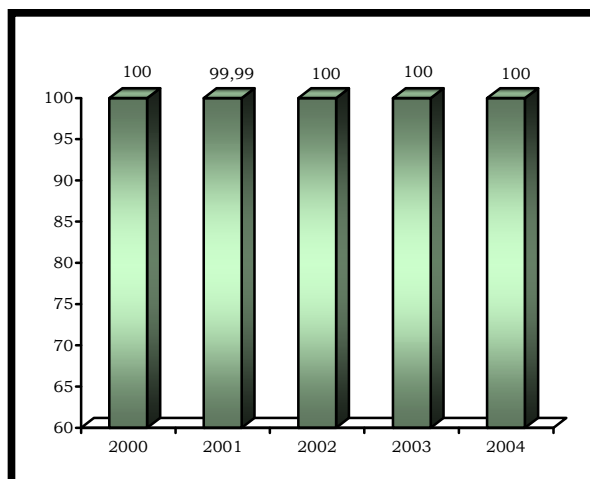


Gráfico 2. Porcentaje de episodios válidos sobre codificados
Total Sergas

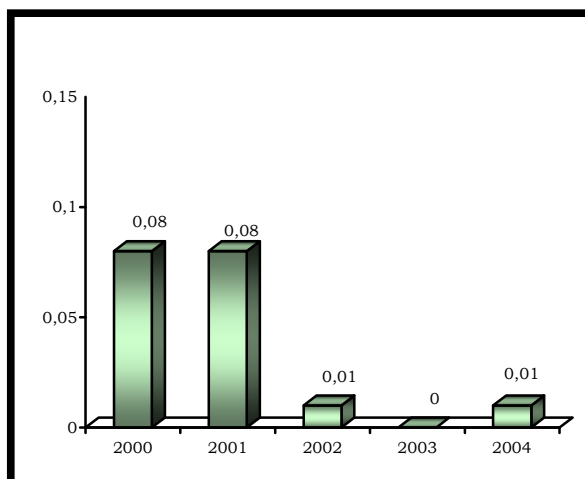


Gráfico 3. Media de errores por episodio codificado
Total Sergas

- La media de diagnósticos y procedimientos tiende a aumentar a lo largo del período estudiado (Tabla 9). La media de diagnósticos varía en el Sergas entre 4,98 del año 2000 y 5,56 del año 2004, los valores extremos corresponden a 3,53 de Monforte en el año 2000 y 7,22 del Salnés en 2003.

Tabla 9. Media de diagnósticos y procedimientos por episodio en el área médica. Total Sergas

	MEDIA DE DIAGNÓSTICOS					MEDIA DE PROCEDIMIENTOS				
	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004
CHUJC	4,14	4,44	4,60	4,63	4,77	1,67	1,75	1,71	1,73	1,76
FPHVX	5,46	5,87	5,77	6,07	7,07	2,40	2,59	2,45	2,35	2,53
CHUS	4,44	4,68	5,02	5,17	5,25	6,44	6,15	6,50	6,48	6,47
FPHB	5,27	5,51	6,96	6,65	7,05	5,94	6,30	6,71	5,44	5,02
CHAM	4,59	4,36	5,16	5,62	6,05	1,93	1,82	1,99	2,14	2,11
CHPO	5,35	5,37	5,39	5,76	6,20	1,70	1,68	1,83	1,89	2,02
FPHS	-	4,09	6,36	7,22	6,71	-	0,06	0,67	1,10	1,22
CHXCI	4,84	4,98	5,08	4,57	5,02	2,81	2,44	2,71	2,92	2,68
HM	5,41	5,02	5,16	5,39	5,83	2,11	2,19	2,21	2,36	2,35
POVISA	4,86	5,09	4,98	4,84	5,02	0,89	0,92	0,70	0,45	0,41
CHOU	6,04	6,39	6,47	6,28	6,26	2,01	2,23	2,14	2,29	2,29
HCV	4,44	4,74	4,42	4,02	4,02	4,01	4,07	4,05	3,92	3,91
FPHV	5,50	5,80	6,13	5,85	6,34	1,38	1,72	3,58	3,50	3,52
HCM	3,53	4,18	4,48	3,75	3,79	0,74	0,93	1,00	0,77	0,73
CHXCa	4,75	4,93	5,16	5,49	5,89	1,41	1,40	1,31	1,37	1,45
HC	7,15	6,91	6,15	6,26	6,98	7,81	6,68	6,25	6,67	8,94
SERGAS	4,98	5,11	5,27	5,31	5,56	2,41	2,42	2,46	2,49	2,48

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas
(Los datos de la F.P. Hospital do Salnés del año 2001 corresponden al último trimestre)

- La media de procedimientos varía en el Sergas entre 2,41 del año 2000 y 2,49 del año 2003, los valores extremos corresponden a 0,06 del Salnés en el año 2001 y 8,94 de Costa en 2004.

El sistema de clasificación por GDR nos permite avanzar un poco más en el análisis de la calidad de la codificación diagnóstica, en este sentido es importante revisar el volumen de GDR no válidos y de GDR especiales.

Podemos destacar que el número de episodios en GDR no válidos es insignificante (Gráfico 4), no hay casos en el GDR 470 y tan solo 1 en el GDR 469 en el año 2000.

El número de episodios en GDRs especiales es también bajo (Gráfico 5):

- 1.115 episodios en el GDR 468 (procedimiento quirúrgico extensivo sin relación con el diagnóstico principal)
- 2 en el GDR 476 (procedimiento quirúrgico prostático no relacionado con el diagnóstico principal)
- 461 en el GDR 477 (procedimiento quirúrgico no extensivo no relacionado con el diagnóstico principal)

Estos resultados mejoran la media a nivel nacional [104-108].

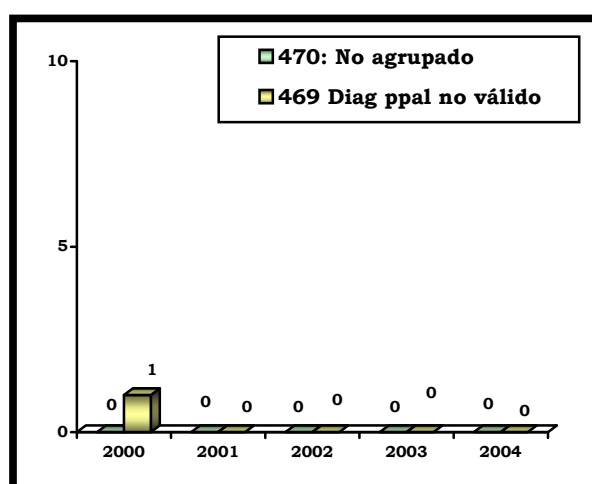


Gráfico 4. Número de episodios en GDRs no válidos. Total Sergas

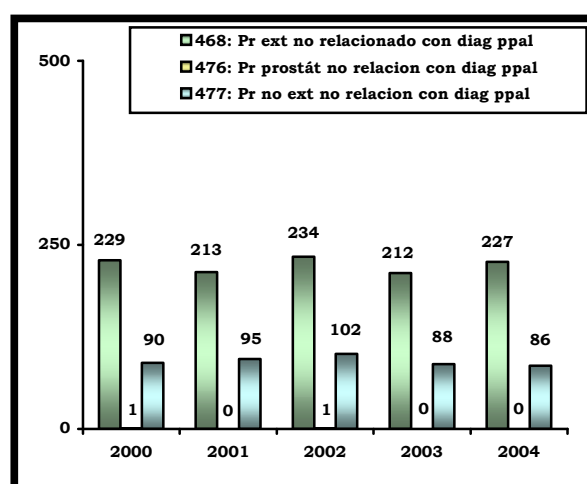


Gráfico 5. Porcentaje de episodios en GDRs especiales. Total Sergas

4.3. METODOLOGÍA

En este trabajo abordamos la descripción y comportamiento de una serie de indicadores y parámetros que describimos a continuación. En el capítulo de **producción de hospitalización**:

Estancia media (EM). Es la media de días de ingreso, es decir de ocupación de cama, de los episodios de hospitalización. Se calcula por la siguiente fórmula:

$$EM = \frac{\text{Total estancias}}{\text{Total episodios}}$$

Peso medio. Es el valor medio de la complejidad de la casuística, depende del número de episodios de cada GDR.

$$PM = \frac{\sum_{GDR=1}^{GDR=n} (\text{Episodios} \times \text{peso})}{\text{Total episodios}} = \frac{\text{Total UPHs}}{\text{Total episodios}}$$

Unidades de producción hospitalaria. Desde hace varios años se están haciendo progresos en el intento de mejorar la medición del producto sanitario. Históricamente se hacía una aproximación a la producción hospitalaria a través de indicadores como el número de episodios de hospitalización, el número de estancias o la estancia media, entre otros.

Posteriormente se definieron unidades de medida de la producción hospitalaria previas al empleo del sistema CMBD-GDR. En Galicia se utilizaron las siguientes:

1. Las Unidades Básicas Asistenciales (UBA). Las ponderaciones utilizadas en esta unidad eran: 1 estancia = 1 UBA, 1 urgencia no ingresada = 0,5 UBA, 1 primera consulta = 0,5 UBA y 1 consulta sucesiva = 0,25 UBA.

Sus principales problemas son que valora pocas líneas de producción, no tiene en cuenta la tipología de pacientes y provoca tendencia al incremento de la estancia media.

2. Las Unidades Ponderadas Asistenciales (UPA). Las ponderaciones son:

estancia médica = 1 UPA
 estancia pediátrica = 1,3 UPA
 estancia UCI = 5,8 UPA
 primera consulta = 0,25 UPA
 interv quirúr ambulat = 0,25 UPA

estancia quirúrgica = 1,5 UPA
 estancia obstétrica = 1,2 UPA
 urgencia no ingresada = 0,3 UPA
 consulta sucesiva = 0,15 UPA

Esta unidad valora más líneas de producción pero no tiene en cuenta la tipología de pacientes, provoca tendencia al incremento tanto de la estancia media como de los ingresos innecesarios.

3. En Galicia se utilizó en algún momento la UPA ajustada:

$$\text{UPAs aj.} = \text{UPAs} \times \frac{\text{EMst}}{\text{EM}_R}$$

	EMst médica	EMst quirúrgica	EMst pediátrica	EMst obstétrica	EMst UCI
Hospit. grupo 1	12,0	10,1	7,0	4,5	5,0
Hospit. grupo 2	12,0	9,0	6,5	4,5	4,5
Hospit. grupo 3	12,0	8,5	5,5	4,0	4,0
Hospit. grupo 4	8,5	6,0	3,0	4,0	3,5
Hospit. grupo 5	12,0	8,5	5,5	4,0	4,0

El cálculo de las UPA ajustadas tienen en cuenta las estancias medias estándar, recogidas en la tabla precedente, y las estancias medias reales en cada una de las áreas médica, quirúrgica, pediátrica, obstétrica y cuidados intensivos. Solo puede utilizarse en hospitalización y sus desventajas son que no tiene en cuenta la tipología de pacientes y sigue favoreciendo la tendencia a los ingresos innecesarios, pero por el contrario mide ingresos estándares y favorece el control de la estancia media.

En la actualidad la producción se analiza sobre la base del sistema CMBD – GDR, mediante las siguientes unidades de medida de la producción:

1. Las Unidades de Producción de Hospitalización (UPH). Para el cálculo de estas unidades de producción el SERGAS utiliza la siguiente fórmula:

$$\text{UPH} = \sum_{\text{GDR} = 1}^{\text{GDR} = n} (\text{EPISODIOS} \times \text{PESO})$$

Estas unidades se usan solo para hospitalización y tienen importantes ventajas respecto a las Unidades Ponderadas Asistenciales (UPA): tienen en cuenta la tipología de los pacientes (se basan en la aplicación de los GDR), miden episodios (se acercan más a la medición del resultado del proceso asistencial) y evitan la tendencia de las UPA a los ingresos innecesarios, pero siguen necesitando un control específico de los reingresos y miden mal los procesos de hospitalización incompletos.

Para este estudio de la producción de los hospitales del Sergas se utilizan estas unidades.

2. UPH ajustadas:

$$\text{UPH aj} = \text{peso} \times 0,8 \times \frac{\text{estancias reales}}{\text{EM}_{\text{GDR}}}$$

Se desarrollan exclusivamente por el SERGAS con el fin de corregir los defectos de las UPH en cuanto a que miden mal los procesos incompletos, de forma que se corrigen las UPH de los procesos de hospitalización incompletos que terminan sin la finalización de los cuidados, es decir, con traslado a otro centro o con alta voluntaria.

Perfiles de producción. En el estudio incorporamos el análisis de los perfiles de producción de cada hospital de la red del Sergas. Se basa en el estudio simultáneo de seis indicadores que influyen y, por tanto, definen la producción del hospital. Estos indicadores son:

1. El número de especialidades con que cuenta el centro. Cuanto mayor número de especialidades mayor es la variabilidad de la casuística y mayor su complejidad.
2. Camas por mil habitantes. Es el indicador de la capacidad teórica de hospitalización de un hospital.
3. Estancia media. Su manejo permite variar el número de episodios de hospitalización en un período determinado de tiempo.
4. Altas por mil habitantes. Este indicador mide el resultado real de las hospitalizaciones realizadas.
5. Peso medio. Es un indicador de la complejidad de la casuística.
6. Número de GDR con episodios de hospitalización. Es un indicador de la variabilidad de la casuística del hospital.

A cada uno de los indicadores se le asigna el valor 10 en el global del Sergas y para en cada hospital un valor proporcional.

Para el análisis del **comportamiento de los GDRs más frecuentes** se utiliza:

La frecuentación hospitalaria. Para el estudio de las frecuentaciones se emplea el índice de frecuentación que relaciona el número de episodios según área sanitaria de residencia con la población de cada área sanitaria:

$$\text{FRECUENTACIÓN} = \frac{\text{episodios hospitalización}}{\text{habitantes}} \times 1000$$

La *duración de la estancia*. Para cada GDR se estudia el número de episodios para cada día de duración de la estancia (episodios con 0 días, 1 día, etc.), la estancia media, el punto de corte superior y el número de episodios extremos (episodios con estancia superior al punto de corte).

El punto de corte superior (PCS) para cada GDR se establece como [93] la estancia media del GDR más 1,5 veces la diferencia entre los cuartiles 3 y 1:

$$\text{PCS} = \text{EM} + 1,5 (Q_3 - Q_1)$$

Para el ***análisis de costes***. Desde hace varios años se viene trabajando en proyectos de coste por servicio y por proceso en diversos hospitales españoles [29-32][109-111], entre ellos algunos gallegos [112-114]. Como desarrollo de estos proyectos, el Sergas establece el cálculo de la tarifa de la UPH para cada uno de sus centros hospitalario a través de la División de Asistencia Sanitaria del citado organismo [115].

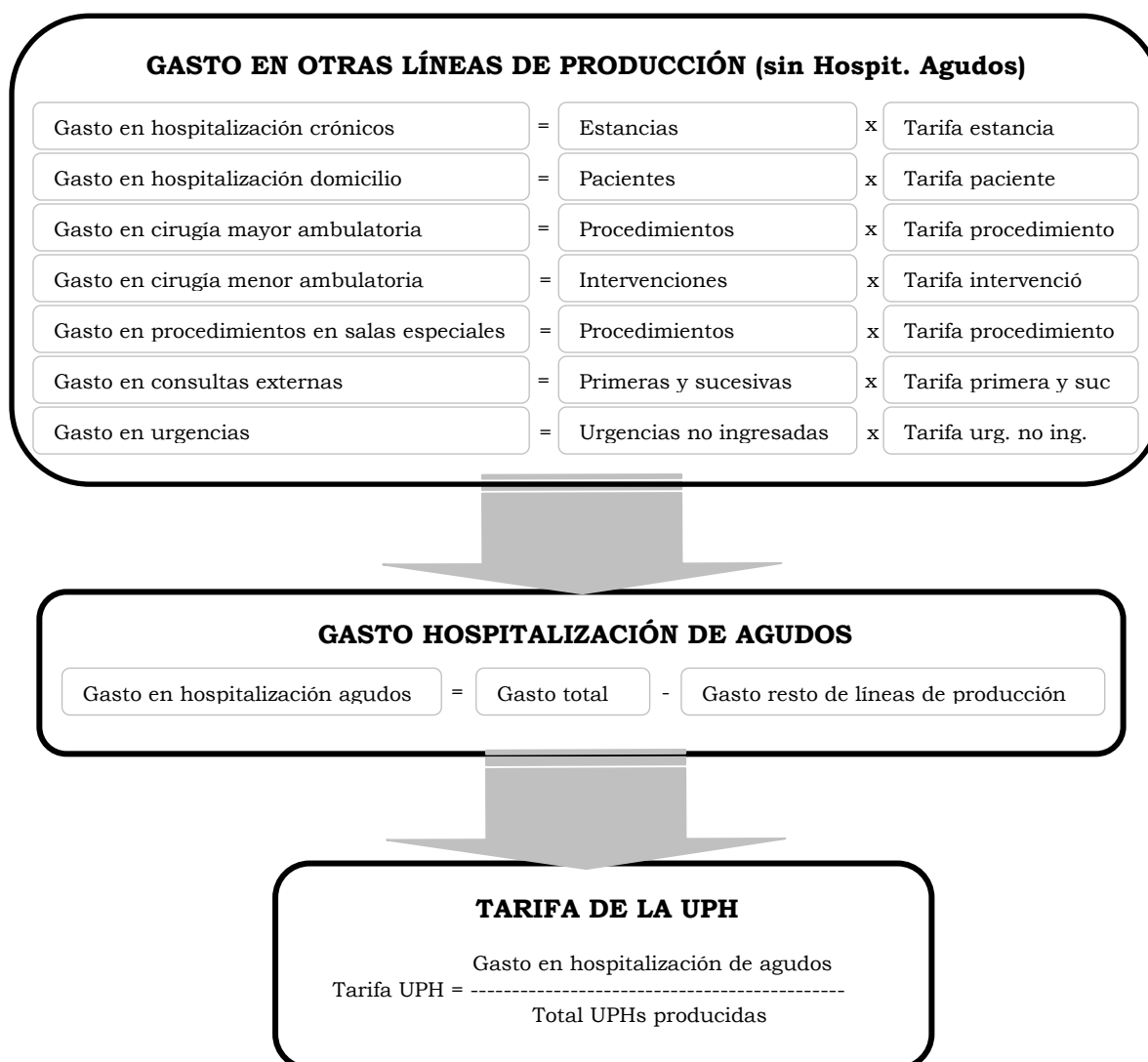
El requisito previo para establecer esta tarifa es disponer de (Figura 2):

- 1º. la definición clara de las distintas líneas de producción hospitalaria (consultas externas, urgencias no ingresadas –las urgencias que ingresan se contabilizan en hospitalización de agudos–, cirugía mayor ambulatoria, etc.),
- 2º. en cada una de las líneas de producción debe estar definida la unidad de medida del producto (por estancia, por cada uno de los procedimientos de cirugía mayor ambulatoria, por el número de intervenciones en cirugía menor, etc.),
- 3º. debe disponerse de una base de datos de pacientes y
- 4º. una base de datos clínicos de los episodios de hospitalización como el CMBD.

El Sergas tiene establecidas unas tarifas para los productos de cada una de las líneas de producción diferentes de la hospitalización de agudos, de forma que contabilizando los productos y aplicando la tarifa correspondiente podemos calcular el coste que para el Sergas tiene cada una de estas líneas de producción.

Como se dispone del gasto total de cada centro y del coste de las restantes líneas de producción podemos aproximarnos al coste total de la hospitalización de agudos en cada centro hospitalario, como quiera que también conocemos de forma muy precisa la producción de hospitalización (UPHs) a través del sistema CMBD-GDRs, podemos de esta forma establecer el coste de la UPH en cada centro hospitalario.

Figura 2
Esquema de cálculo de la tarifa de la UPH



Posteriormente se comprobó que esta metodología ofrecía unos resultados similares al obtenido a través de los proyectos de coste por servicio o coste por proceso del centro hospitalario de la red del Sergas que los tiene implementados, el C.H. Arquitecto Marcide de Ferrol. El Sergas viene utilizando esta metodología desde el año 1998 para el programa de factura sombra de hospitalización.

5. RESULTADOS

Análisis de producción por:

área de hospitalización, año, hospital, servicio,
capítulo CIE, CDM, GDR, sexo, edad, tipos de
ingreso y alta, episodios médicos y quirúrgicos,
flujo de pacientes, atracción y frecuentación

Comportamiento de los GDRs

541 trastornos respiratorios
127 insuficiencia cardíaca
14 trastornos cerebrovasculares
88 epoc
410 quimioterapia

Costes

totales,
de hospitalización y
de hospitalización del área médica

5.1. ANÁLISIS DE LA PRODUCCIÓN

5.1.1. POR ÁREAS DE HOSPITALIZACIÓN

En el período estudiado, años 2000 a 2004, en la red de hospitales del Sergas se atienden un total de 1.171.714 episodios de hospitalización (Tabla 10), de los cuales el 38,5% corresponden al área médica.

Esto supone una producción de 1.806.691,52 unidades de producción de hospitalización de las cuales el 44,8% son del área médica.

La estancia media global del Sergas es de 8,93 días variando entre los 4,36 del área obstétrica y los 18,25 del área psiquiátrica.

El área médica tiene una estancia media superior a la media global del Sergas y dos días mayor que el área quirúrgica.

Las dos áreas de hospitalización más importantes son la médica y la quirúrgica, en conjunto suponen el 79,7% de los episodios de hospitalización y el 87,9% de la producción.

El área médica es la segunda en volumen de episodios atendidos, por detrás del área quirúrgica, y la primera en volumen de producción, de forma que la complejidad de su casuística es mayor que la del área quirúrgica, peso medio de 1,79 por 1,61.

Respecto a la complejidad, medida en peso medio, es de 1,5419 para el conjunto del Sergas variando entre 0,6031 del área obstétrica y 4,3152 del área de cuidados intensivos. El área médica tiene una complejidad mayor que la media del Sergas.

Tabla 10: Distribución de episodios por área.
Red de hospitales del Sergas. 2000 a 2004

ÁREA	EPISODIOS		UPHs		EM	PM
	Nº	%	Nº	%		
MÉDICA	451.591	38,5	809.463,80	44,8	10,55	1,7925
QUIRÚRGICA	482.769	41,2	779.416,56	43,1	8,62	1,6145
OBSTÉTRICA	119.775	10,2	72.241,07	4,0	4,36	0,6031
PEDIÁTRICA	87.336	7,5	81.298,41	4,5	6,31	0,9309
PSIQUIÁTRICA	20.357	1,7	21.611,47	1,2	18,25	1,0616
UCI	9.886	0,8	42.660,21	2,4	9,03	4,3152
TOTAL	1.171.714	100,0	1.806.691,52	100,0	8,93	1,5419

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

5.1.2. POR AÑOS

Por lo que respecta al área médica (Tabla 11), el volumen de episodios atendidos tiende a crecer muy ligeramente, salvo en el año 2004 que disminuye un 0,2% respecto al año anterior. El mayor crecimiento se produce, con un 4,4%, en el año 2002 respecto al 2001.

La producción de UPHs crece también de forma ligera durante el período estudiado. El mayor crecimiento se produce, con un 6,3%, en el año 2002 respecto al 2001.

La estancia media en el área se mantiene siempre por encima de 10 días, curiosamente son los años 2000 y 2004 los que presentan las mayores estancias medias. La tendencia que se observa de una disminución mínima se rompe en el año 2004 en que la estancia media sube casi medio día respecto al 2003.

La complejidad de la casuística del área médica es muy similar en los dos primeros años del estudio y, a partir de este momento, comienza un ligero incremento que se mantiene el resto de los años. El incremento de complejidad entre el último año estudiado y el primero es del 3,2%.

Tabla 11: Distribución de episodios del área médica por año

AÑO	EPISODIOS		UPHs		EM	PM
	Nº	%	Nº	%		
2000	86.586	19,2	152.910,60	18,9	10,58	1,7660
2001	87.242	19,3	154.041,89	19,0	10,48	1,7657
2002	91.066	20,2	163.738,35	20,2	10,49	1,7980
2003	93.465	20,7	168.817,65	20,9	10,40	1,8062
2004	93.232	20,6	169.954,36	21,0	10,80	1,8229
TOTAL	451.591	100,0	809.462,85	100,0	10,55	1,7925

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

5.1.3. POR HOSPITAL

En la tabla 12 se analiza la distribución de la producción por centro hospitalario. Los centros hospitalarios que concentran una mayor producción son el C.H. Universitario Juan Canalejo con el 19,7% de los episodios, seguido del C.H. Universitario de Santiago con el 14,1%, el C.H. de Ourense con el 13,6% y el C.H. Xeral-Calde con el 11,8%. Estos cuatro centros suponen el 59,2% de todas las hospitalizaciones del área médica en el período.

Por el contrario las fundaciones públicas y los hospitales comarcales no alcanzan

el 2% de la producción, varían entre el 1,3% del Salnés y el 1,7% del comarcal de Valdeorras.

Por unidades de producción (UPHs) son los cuatro hospitales citados anteriormente los que concentran el mayor volumen de producción, alcanzando el 60,2% del total de las UPHs de la red del Sergas en este período. El menor porcentaje de producción corresponde al Hospital Comarcal de Monforte con el 1,1% del total de UPHs.

Las estancias medias por centro hospitalario varían de forma importante. Las mayores estancias medias corresponden a los complejos hospitalarios Xeral-Cies con 11,73 días, Universitario Juan Canalejo con 11,70 días y Xeral-Calde con 11,14 días. En el extremo contrario aparecen las fundaciones y hospitales comarcales, concretamente las estancias medias más bajas corresponden a la F.P. Hospital Virxe da Xunqueira con 7,12 días y a la F.P. Hospital de Verín con 7,50 días.

Tabla 12: Distribución de episodios del área médica por hospital

HOSPITAL	EPISODIOS		UPHs		EM	PM
	Nº	%	Nº	%		
C.H. Universitario Juan Canalejo (CHUJC)	88.786	19,7	166.933,42	20,6	11,70	1,8802
F.P. Hospital Virxe da Xunqueira (FPHVX)	7.028	1,6	10.950,12	1,4	7,12	1,5581
C.H. Universitario de Santiago (CHUS)	63.850	14,1	120.614,72	14,9	10,62	1,8890
F.P. Hospital da Barbanza (FPHB)	6.466	1,4	11.171,18	1,4	10,10	1,7277
C.H. Arquitecto Marcide (CHAM)	21.147	4,7	36.049,52	4,5	10,40	1,7047
C.H. de Pontevedra (CHPO)	34.531	7,6	64.359,38	8,0	10,46	1,8638
F.P. Hospital do Salnés (FPHS)	5.782	1,3	9.722,03	1,2	8,09	1,6814
C.H. Xeral-Cies (CHXCI)	26.231	5,8	46.516,86	5,7	11,73	1,7734
Hospital Meixoeiro (HM)	28.700	6,4	56.192,92	6,9	9,85	1,9579
Policlínico Vigo, S.A. (POVISA)	28.072	6,2	45.072,33	5,6	8,63	1,6056
C.H. de Ourense (CHOU)	61.237	13,6	109.968,84	13,6	10,58	1,7958
Hospital Comarcal de Valdeorras (HCV)	7.649	1,7	12.366,77	1,5	9,18	1,6168
F.P. Hospital de Verín (FPHV)	6.420	1,4	10.425,24	1,3	7,50	1,6239
Hospital Comarcal de Monforte (HCM)	6.368	1,4	9.243,22	1,1	8,80	1,4515
C.H. Xeral-Calde (CHXCa)	53.221	11,8	89.487,18	11,1	11,14	1,6814
Hospital da Costa (HC)	6.103	1,4	10.389,12	1,3	9,47	1,7023
TOTAL	451.591	100,0	809.462,85	100,0	10,55	1,7925

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

La complejidad de la casuística varía desde 1,4515 del Hospital Comarcal de Monforte hasta 1,9579 del Hospital Meixoeiro. Superan la complejidad media del

Sergas el C.H. Universitario de Santiago (1,8890), el C.H. Universitario Juan Canalejo (1,8802) y el C.H. de Pontevedra (1,8638).

La F.P. Hospital Virxe da Xunqueira tiene una complejidad de 1,5581. Los demás centros hospitalarios tienen complejidades que se sitúan entre 1,60 y 1,79.

5.1.4. POR SERVICIO

Respecto a la distribución por servicios (Tabla 13), tanto en episodios como en UPHs es el servicio de medicina interna el que concentra prácticamente la mitad de la producción, concretamente el 46,2% de los episodios de hospitalización y el 44,4% de las UPHs. A una gran distancia le sigue el servicio de cardiología con el 13,1% de los episodios y el 13,2% de las UPHs.

Cuatro servicios no alcanzan el 1% de los episodios de hospitalización, medicina nuclear (0,1%), oncología radioterápica (0,3%), rehabilitación (0,4%) y endocrinología (0,9%).

Tabla 13: Distribución de episodios del área médica por servicio. 2000 a 2004

SERVICIO	EPISODIOS		UPHs		EM	PM
	Nº	%	Nº	%		
Aparato Digestivo	31.000	6,9	51.715,74	6,4	8,71	1,6682
Cardiología	59.277	13,1	106.564,18	13,2	8,15	1,7977
Endocrinología	4.188	0,9	5.152,30	0,6	9,84	1,2303
Geriatría	11.709	2,6	24.662,29	3,0	15,72	2,1063
Hematología Clínica	16.032	3,6	43.968,60	5,4	13,17	2,7426
Medicina Interna	208.420	46,2	359.577,30	44,4	10,91	1,7253
Medicina Nuclear	516	0,1	411,94	0,1	2,26	0,7983
Nefrología	12.190	2,7	28.268,88	3,5	12,12	2,3190
Neumología	43.933	9,7	79.370,57	9,8	10,15	1,8066
Neurología	25.592	5,7	43.030,01	5,3	11,19	1,6814
Oncología Médica	26.628	5,9	43.962,50	5,4	7,77	1,6510
Oncología Radioterápica	1.377	0,3	2.110,05	0,3	6,34	1,5324
Rehabilitación	1.729	0,4	8.349,65	1,0	84,06	4,8292
Reumatología	5.684	1,3	6.938,47	0,9	7,72	1,2207
No asignado	3.316	0,7	5.380,37	0,7	4,83	1,6225
TOTAL	451.591	100,0	809.462,85	100,0	10,55	1,7925

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

Sin embargo, de los cuatro servicios anteriores con menor producción, solo tres no alcanzan el 1% de las UPHs, ya que el servicio de rehabilitación supera esta cifra. Por el contrario el servicio de reumatología, que supera el 1% de los episo-

dios, no alcanza este porcentaje de UPHs.

Las estancias medias, muy condicionadas por el tipo de pacientes atendidos en cada servicio, son muy dispares. Varían entre los 84,06 días de rehabilitación a los 2,26 días de medicina nuclear.

La mayor complejidad de casuística corresponde a rehabilitación (4,8292), hematología clínica (2,7426), nefrología (2,3190) y geriatría (2,1063). La menor complejidad es de medicina nuclear (0,7983).

5.1.5. POR CAPÍTULO DE LA CIE-9-MC

Clasificando cada episodio de hospitalización en función de la patología que motivó el ingreso en el hospital obtenemos (Tabla 14) que el 30,4% de los episodios ingresaron por problemas circulatorios y un 20,8% por problemas respiratorios, lo que supone más del 50% del total de las hospitalizaciones del área médica.

Tabla 14: Distribución de episodios del área médica por capítulo de la CIE. 2000 a 2004

CAPÍTULO CIE	EPISODIOS		UPHs		EM	PM
	Nº	%	Nº	%		
1. Enfermedades infecciosas y parasitarias	16.997	3,8	34.684,45	4,3	11,96	2,0406
2. Neoplasias	37.919	8,4	99.145,87	12,2	13,68	2,6147
3. Enf. endocrinas, de la nutrición e inmunidad	11.401	2,5	15.985,50	2,0	10,50	1,4021
4. Enf. de la sangre y órg. hematopoyéticos	10.329	2,3	14.118,61	1,7	9,11	1,3669
5. Trastornos mentales	5.741	1,3	6.323,34	0,8	12,38	1,1014
6. Enf. del sistema nervioso y órg. sensoriales	12.771	2,8	18.411,54	2,3	11,13	1,4417
7. Enfermedades del aparato circulatorio	137.385	30,4	275.014,34	34,0	10,45	2,0018
8. Enfermedades del aparato respiratorio	94.042	20,8	162.017,81	20,0	10,55	1,7228
9. Enfermedades del aparato digestivo	43.533	9,6	68.932,66	8,5	9,83	1,5835
10. Enfermedades del aparato genitourinario	11.621	2,6	18.197,80	2,2	10,94	1,5659
11. Complicaciones gestación, parto y puerperio	155	0,0	93,76	0,0	10,26	0,6049
12. Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo	3.760	0,8	4.840,35	0,6	13,63	1,2873
13. Enf. ap. musculoesquelético y tej. conectivo	7.654	1,7	10.578,45	1,3	10,83	1,3821
14. Anomalías congénitas	1.370	0,3	3.121,98	0,4	7,16	2,2788
16. Síntomas, signos y estados mal definidos	28.058	6,2	28.034,69	3,5	7,00	0,9992
17. Lesiones y envenenamientos	11.720	2,6	28.491,83	3,5	18,20	2,4310
Factores estado de salud y contacto con serv.	17.135	3,8	21.469,87	2,7	4,54	1,2531
TOTAL	451.591	100,0	809.462,85	100,0	10,55	1,7925

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

En tercer y cuarto lugar están los problemas digestivos (9,6% de los episodios) y las neoplasias (8,4%). Analizando las UPHs se produce una pequeña modificación respecto a los episodios, concretamente el tercer problema de salud en porcentaje de UPHs son las neoplasias por delante de los problemas digestivos.

Los problemas de salud con menores porcentajes de ingresos son las complica-

ciones de la gestación, las anomalías congénitas y las enfermedades de la piel. Los problemas de salud que necesitan más días de estancia hospitalaria son las lesiones y envenenamientos (18,20 días), las neoplasias (13,68 días) y los problemas de la piel y tejido subcutáneo (13,63 días). Por el contrario las anomalías congénitas (7,16 días) y los síntomas, signos y estados mal definidos (7,00 días) son los problemas de salud que requieren menos tiempo de hospitalización.

Las mayores complejidades de casuística corresponden a los problemas neoplásicos (2,6147) y a las lesiones y envenenamientos (2,4310). Otros tres tipos de problemas de salud tienen complejidad mayor de 2, son las anomalías congénitas, las enfermedades infecciosas y parasitarias y los problemas circulatorios. Una complejidad menor de 1 solo la presentan los síntomas, signos y estados mal definidos y las complicaciones de la gestación.

Analizando los motivos de ingreso por sexo, tabla 15, se observa que tanto en hombres como en mujeres las enfermedades circulatorias y respiratorias, por este orden, son las que provocan un mayor número de ingresos. Entre ambas suponen entorno a la mitad de los ingresos. Las enfermedades del aparato circulatorio suponen un mayor porcentaje en mujeres respecto a hombres, mientras las enfermedades respiratorias presentan un mayor porcentaje en hombres que en mujeres. La distribución de episodios por capítulos CIE en ambos sexos es similar, quizás podemos destacar que existe un mayor porcentaje de neoplasias en hombres (9,1%) respecto a mujeres (7,5%).

Tabla 15: Distribución de episodios del área médica por capítulo de la CIE y por sexo. 2000-2004

CAPÍTULO CIE	HOMBRES				MUJERES			
	EPISODIOS		EM	PM	EPISODIOS		EM	PM
	Nº	%			Nº	%		
1. Enf. infecciosas y parasitarias	10.478	4,0	11,99	2,0750	6.519	3,4	11,91	1,9852
2. Neoplasias	23.512	9,1	13,58	2,5891	14.407	7,5	13,83	2,6565
3. Enf. endocrinas, nutrición e inmunidad	5.233	2,0	10,14	1,4630	6.168	3,2	10,80	1,3505
4. Enf. sangre y órg. hematopoyéticos	4.978	1,9	8,86	1,4139	5.351	2,8	9,35	1,3232
5. Trastornos mentales	3.086	1,2	12,10	0,9583	2.655	1,4	12,71	1,2679
6. Enf. Sist. nervioso y órg. sensoriales	5.991	2,3	12,32	1,5393	6.781	3,5	10,07	1,3556
7. Enf. Aparato circulatorio	78.013	30,0	10,18	2,0064	59.371	31,0	10,81	1,9957
8. Enf. Aparato respiratorio	57.845	22,3	10,58	1,7975	36.197	18,9	10,51	1,6035
9. Enf. Aparato digestivo	24.697	9,5	9,78	1,6796	18.836	9,8	9,89	1,4575
10. Enf. aparato genitourinario	5.469	2,1	11,31	1,6916	6.152	3,2	10,62	1,4541
12. Enf. piel y tejido subcutáneo	1.722	0,7	14,37	1,3335	2.038	1,1	13,01	1,2483
13. Enf. ap. Musculoesquelético	3.241	1,2	11,65	1,3616	4.413	2,3	10,22	1,3969
14. Anomalías congénitas	668	0,3	7,64	2,4377	702	0,4	6,71	2,1276
16. Síntomas, signos y estados mal definidos	16.680	6,4	6,54	1,0145	11.378	5,9	7,67	0,9768
17. Lesiones y envenenamientos	6.818	2,6	19,74	2,6061	4.902	2,6	16,05	2,1877
Factores estado salud y contacto con serv.	11.200	4,3	4,26	1,2388	5.934	3,1	5,06	1,2798
TOTAL	259.631	100,0	10,48	1,8396	191.804	100,0	10,64	1,7296

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

Es, sin embargo, por grupos de edad donde el comportamiento cambia de forma más evidente (Tabla 16). Comparamos exclusivamente dos grupos de edad, entre 15 y 64 años y mayores de 64 años. Entre los cambios más destacados podemos citar:

- Las enfermedades circulatorias suben 14 puntos porcentuales en las personas de mayor edad hasta alcanzar más de un tercio del total de hospitalizaciones.
- Las enfermedades respiratorias suben 12 puntos porcentuales, de forma que en mayores de 64 años suponen la cuarta parte del total de ingresos.
- Las enfermedades circulatorias y respiratorias suponen, entre ambas, más del 60% de las hospitalizaciones de las personas de más de 64 años de edad. En personas de entre 15 y 64 años de edad, estas mismas enfermedades suponen entorno al 35% de las hospitalizaciones.

El incremento de las hospitalizaciones por ambas causas es de más de 24 puntos porcentuales.

Tabla 16: Distribución de episodios del área médica por capítulo de la CIE y por grupos de edad. 2000 a 2004

CAPÍTULO CIE	15-64 AÑOS				> 64 AÑOS			
	EPISODIOS		EM	PM	EPISODIOS		EM	PM
	Nº	%			Nº	%		
1. Enf. infecciosas y parasitarias	11.762	7,2	10,67	1,8913	5.235	1,8	14,85	2,3760
2. Neoplasias	15.495	9,4	13,73	2,8497	22.424	7,8	13,64	2,4523
3. Enf. endocrinas, nutrición e inmunidad	4.858	3,0	8,97	1,2869	6.543	2,3	11,63	1,4877
4. Enf. sangre y órg. hematopoyéticos	3.650	2,2	8,38	1,3920	6.679	2,3	9,52	1,3532
5. Trastornos mentales	1.716	1,0	21,00	1,8404	2.695	0,9	13,00	1,1746
6. Enf. Sist. nervioso y órg. sensoriales	8.196	5,0	10,04	1,3400	4.576	1,6	13,07	1,6240
7. Enf. aparato circulatorio	35.340	21,5	9,43	1,8567	102.044	35,7	10,81	2,0520
8. Enf. aparato respiratorio	22.664	13,8	9,35	1,5742	71.378	25,0	10,93	1,7701
9. Enf. aparato digestivo	19.926	12,1	9,09	1,6628	23.607	8,3	10,46	1,5166
10. Enf. aparato genitourinario	3.940	2,4	9,52	1,7537	7.681	2,7	11,67	1,4695
12. Enf. piel y tejido subcutáneo	1.726	1,0	11,72	1,1862	2.034	0,7	15,26	1,3731
13. Enf. ap. Musculoesquelético	4.464	2,7	8,49	1,2321	3.190	1,1	14,09	1,5918
14. Anomalías congénitas	1.190	0,7	6,58	2,2852	180	0,1	11,04	2,2363
16. Síntomas, signos y estados mal definidos	13.910	8,5	5,64	0,9097	14.148	5,0	8,33	1,0872
17. Lesiones y envenenamientos	5.573	3,4	18,79	2,4605	6.147	2,2	17,66	2,4045
Factores estado salud y contacto con serv.	10.033	6,1	4,60	1,1624	7.101	2,5	4,45	1,3812
TOTAL	164.443	100,0	9,67	1,7119	285.662	100,0	11,11	1,8479

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

- Los demás capítulos de la CIE varían menos, generalmente bajan los porcentajes de episodios en personas mayores respecto a las de 15 a 64 años. Baja 5 puntos el porcentaje de episodios de enfermedades infecciosas en mayores de

64 años, baja algo más de un punto las neoplasias, cerca de un punto las enfermedades endocrinas, tres puntos porcentuales las enfermedades del sistema nervioso, casi cuatro puntos las digestivas y más de un punto las musculoesqueléticas.

5.1.6. POR CATEGORÍA DIAGNÓSTICA MAYOR (CDM)

Los GDRs para clasificar no solo se basan en el diagnóstico principal, es decir, en el motivo del ingreso, sino que tienen en cuenta otros elementos como las intervenciones quirúrgicas, complicaciones, comorbilidades, edad o circunstancia de alta.

Teniendo esto en cuenta, el sistema GDR clasifica los episodios en categorías diagnósticas mayores (CDM) (Tabla 17).

Por CDM el mayor porcentaje de episodios de hospitalización del área médica son los problemas del sistema circulatorio (25,4%) y del sistema respiratorio (24,6%).

En tercer lugar y a una gran distancia aparecen los problemas del sistema nervioso (11,8%). Ninguna de las restantes CDM alcanzan el 8% de episodios y solo dos sobrepasan el 5%, las enfermedades del aparato digestivo (7,8%) y las enfermedades del sistema hepatobiliar y páncreas (6,3%).

Una distribución similar siguen los porcentajes de UPHs en las cinco primeras CDM, tan solo las enfermedades del sistema hepatobiliar y páncreas (6,2%) adelantan a las enfermedades del aparato digestivo (5,7% de las UPHs.)

Las estancias medias más prolongadas corresponden a la CDM 25 politraumatizados con 104,82 días, seguida de la CDM 22 quemaduras con 50,62 días y de la CDM 0 indefinida con 42,86 días. En la CDM 0 se clasifican episodios de hospitalización que no se asignan a una CDM ordinaria, concretamente los episodios de traqueotomía y trasplantes, entre otros.

Las estancias medias más cortas corresponden a los factores que influyen en el estado de salud con 6,93 días, seguida de los trastornos mieloproliferativos y neoplasias con 8,69 días y las enfermedades del sistema circulatorio con 8,81 días.

La mayor complejidad corresponde a la CDM 0 indefinida con 12,6708, seguida de los politraumatizados con 6,6045 y las quemaduras con 4,4895.

No se alcanza la complejidad 1 en cinco CDM, las enfermedades del oído, nariz, boca y garganta (0,9999), las enfermedades del ojo (0,8091), el uso de alcohol y drogas (0,7363), el embarazo, parto y puerperio (0,5815) y los factores que influ-

yen sobre el estado de salud (0,5768).

Tabla 17: Distribución de episodios del área médica por CDM. 2000 a 2004

CDM	EPISODIOS		UPHs		EM	PM
	Nº	%	Nº	%		
0. Indefinido	3.778	0,8	47.870,47	5,9	42,86	12,6708
1. Enfermedades del sistema nervioso	53.365	11,8	99.697,51	12,3	12,49	1,8682
2. Enfermedades del ojo	1.200	0,3	970,93	0,1	9,21	0,8091
3. Enferm. del oído, nariz, boca y garganta	3.471	0,8	3.470,75	0,4	9,66	0,9999
4. Enfermedades del aparato respiratorio	110.867	24,6	192.919,69	23,8	10,71	1,7401
5. Enfermedades del sistema circulatorio	114.904	25,4	208.334,83	25,7	8,81	1,8131
6. Enfermedades del aparato digestivo	35.157	7,8	45.873,71	5,7	9,68	1,3048
7. Enferm. del sistema hepatobiliar y páncreas	28.660	6,3	49.968,87	6,2	9,69	1,7435
8. Enf. sist. músculo-esquelético y t. conectivo	11.700	2,6	19.444,81	2,4	13,12	1,6619
9. Enf. de la piel, tejido subcutáneo y mama	5.170	1,1	6.706,86	0,8	12,77	1,2973
10. Enf. endocrinas, nutricionales y metabólic	11.097	2,5	14.171,34	1,8	9,83	1,2770
11. Enfermedades del riñón y tracto urinario	15.187	3,4	23.548,43	2,9	10,89	1,5506
12. Enf. del aparato reproductor masculino	1.075	0,2	1.692,35	0,2	12,48	1,5743
13. Enferm. del aparato reproductor femenino	1.066	0,2	1.537,4	0,2	12,15	1,4422
14. Embarazo, parto y puerperio	154	0,0	89,55	0,0	9,99	0,5815
16. Enf. sangre, órg. hematopoy. e inmunidad	10.768	2,4	14.264,85	1,8	8,90	1,3247
17. Tr. mieloproliferativos y neoplasias	20.208	4,5	41.294,11	5,1	8,69	2,0435
18. Enfermedades infecciosas y parasitarias	7.662	1,7	15.157,32	1,9	12,25	1,9782
19. Trastornos mentales	4.047	0,9	4.340,09	0,5	10,20	1,0724
20. Uso de alcohol y drogas	1.957	0,4	1.440,99	0,2	11,62	0,7363
21. Lesiones, envenenamien. y efectos tóxicos	3.318	0,7	4.048,8	0,5	8,82	1,2203
22. Quemaduras	21	0,0	94,28	0,0	50,62	4,4895
23. Factores influyen en el estado de salud	2.757	0,6	1.590,32	0,2	6,93	0,5768
24. Vih-sida	3.823	0,8	9.752,39	1,2	14,37	2,5510
25. Politraumatismos	179	0,0	1.182,2	0,1	104,82	6,6045
TOTAL	451.591	100,0	809462,85	100,0	10,55	1,7925

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

5.1.7. POR GRUPOS DE DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS

Entendiendo cada GDR como una línea de producción específica, en la tabla 18 estudiamos el número de líneas de producción de cada hospital. El centro con un mayor número de GDRs diferentes es el C.H. Universitario Juan Canalejo con 511 seguido del C.H. Universitario de Santiago con 476.

Por el contrario los centros con una menor variedad de líneas de producción son la F.P. Hospital de Verín con 237 GDRs, la F.P. Hospital da Barbanza con 240 y el Hospital Comarcal de Monforte con 246 GDRs.

Tabla 18: Líneas de producción del área médica

HOSPITAL	NÚMERO DE GDRs					
	2000	2001	2002	2003	2004	TOTAL
CHUJC	414	419	422	435	415	511
FPHVX	148	156	153	149	152	258
CHUS	375	389	375	364	363	476
FPHB	137	157	154	158	146	240
CHAM	254	257	259	261	256	347
CHPO	315	318	321	317	316	420
FPHS	-	102	189	206	194	267
CHXCI	310	320	318	316	318	404
HM	293	268	290	303	302	382
POVISA	285	281	288	287	304	390
CHOU	356	350	341	340	334	441
HCV	163	170	158	168	157	251
FPHV	169	165	153	139	139	237
HCM	157	145	143	146	153	246
CHXCa	345	335	339	333	333	430
HC	163	191	176	181	195	281
TOTAL	550	549	554	556	556	556

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

Los 20 GDRs con mayor número de episodios de hospitalización se recogen en la tabla 19, estos 20 GDRs agrupan el 44,6% del total de episodios de hospitalización del área médica en la red de hospitales del Sergas entre los años 2000 y 2004. Solo 6 GDRs superan el 2% de episodios de hospitalización, es decir, tienen más de 10.000 episodios.

Repasamos a continuación los seis primeros GDRs por número de episodios.

GDR 541: trastornos respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con complicación mayor, agrupa el 8,4% de los episodios del área médica y presenta una duración media de la estancia hospitalaria de 11,54 días.

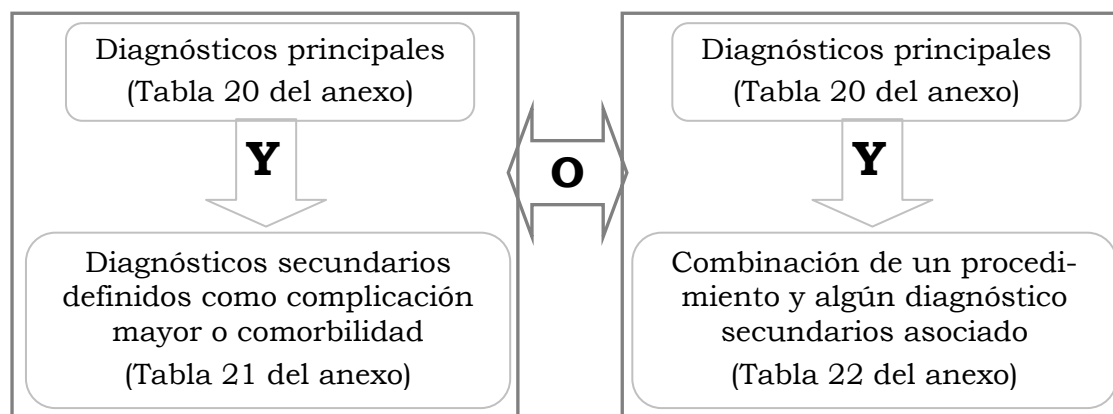
El GDR 541 es un GDR médico que agrupa los episodios de problemas respiratorios con complicación mayor o comorbilidad, quedan excluidas infecciones que se agrupan en el GDR 540 y la bronquitis y asma que se clasifican en el GDR 542.

Tabla 19: GDRs más frecuentes del área médica en la red del Sergas. 2000 a 2004

GDR ÁREA MÉDICA 2000-2004					
Nº	DESCRIPCIÓN	EPISODIOS			EM
		Nº	%	%AC	
541	Tr. respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con cc mayor	37.770	8,4	8,4	11,54
127	Insuficiencia cardíaca y shock	21.368	4,7	13,1	9,30
14	Tr. cerebrovasculares específicos excepto AIT y hemorragia intracr	14.144	3,1	16,2	13,33
88	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	13.301	2,9	19,1	9,27
410	Quimioterapia	12.040	2,7	21,8	3,64
140	Angina de pecho	10.049	2,2	24,0	7,55
544	ICC y arritmia cardíaca con cc mayor	8.415	1,9	25,9	12,21
15	Accidente isquémico transitorio y oclusión precerebral	8.035	1,8	27,7	8,65
89	Neumonía simple y pleuritis edad>17 con cc	7.767	1,7	29,4	10,56
112	Procedimientos cardiovasculares percutáneos	7.385	1,6	31,0	5,25
143	Dolor torácica	7.105	1,6	32,6	5,40
122	Tr. circulatorios con IAM sin complicaciones mayores alta con vida	6.504	1,4	34,0	10,31
82	Neoplasias respiratorias	6.430	1,4	35,4	11,21
125	Tr. circulatorios excepto IAM, con cateterismo sin diag. complejo	6.364	1,4	36,8	5,38
395	Trastornos de los hematies edad>17	6.355	1,4	38,2	8,03
102	Otros diagnósticos de aparato respiratorio sin cc	6.200	1,4	39,6	8,02
101	Otros diagnósticos de aparato respiratorio con cc	6.094	1,3	40,9	10,14
139	Arritmias cardíacas y trastornos de conducción sin cc	5.808	1,3	42,2	5,06
90	Neumonía simple y pleuritis edad>17 sin cc	5.534	1,2	43,4	8,21
116	Implante marcapasos cardíaco permanente sin IAM, fallo card, shock	5.347	1,2	44,6	6,98

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

Concretamente se clasifican en este GDR 541 (Figura 3) los episodios que ingresan en el hospital por alguno de los diagnósticos principales recogidos en la tabla 20 del anexo I y presentan alguna complicación mayor o comorbilidad recogida en la tabla 21 del anexo I o con la combinación de un procedimiento y alguno de los diagnósticos secundarios asociados de la tabla 22 del anexo I.

Figura 3. Clasificación de episodios en el GDR 541

Fuente: All Patient Diagnosis Groups (AP-DRGs), Versión 18.0 Definitions manual

El esquema de clasificación de la CDM 4 de problemas respiratorios puede verse en la figura 4 del anexo II.

GDR 127: insuficiencia cardíaca y shock, es el segundo en número de episodios del área médica (4,7%) y una estancia media de 9,30 días.

En este GDR se clasifican los episodios con uno de los diagnósticos principales recogidos en la tabla 23 y que no presentan complicaciones ni comorbilidades ni el paciente ha sido sometido a un procedimiento en quirófano.

Tabla 23: Códigos de diagnósticos principales del GDR 127

CÓDIGO CIE	DESCRIPCIÓN	CÓDIGO CIE	DESCRIPCIÓN
398.91	Insuficiencia cardíaca reumática	404.91	Enf card y renal hipert no es c/insuf card
402.01	Cardiopatía hipert maligna c/insuf card	404.93	E card y renal hipert no es c/ins card/ren
402.11	Cardiopatía hipert benigna c/insuf card	428.0	Insuficiencia cardíaca congestiva, no esp
402.91	Cardiopatía hipert no esp c/insuf card	428.1	Insuficiencia cardíaca congestiva izquierd
404.01	Enf card y renal hipert malig c/insuf card	428.9	Fallo cardíaco no especificado
404.03	E card y renal hipert malig c/ins card/ren	785.50	Shock sin mención de trauma no especif
404.11	Enf card y renal hipert benign c/insuf card	785.51	Shock cardiogénico
404.13	E card y renal hipert benign c/ins card/ren		

Fuente: All Patient Diagnosis Groups (AP-DRGs), Versión 18.0 Definitions manual

El esquema de clasificación de la CDM 5 de problemas circulatorios puede verse en la figura 5 del anexo II.

GDR 14: trastornos cerebrovasculares específicos excepto AIT y hemorragia intracranial. Supone el 3,1% de los episodios con una estancia media de 13,33 días.

Agrupar episodios por trastorno cerebrovascular específicos, cuando existe como diagnóstico principal uno de los códigos CIE recogidos en la tabla 24, excepto accidente isquémico transitorio que se clasifica en el GDR 15 y la hemorragia intracranial que se clasifica en el GDR 810.

Tabla 24: Códigos de diagnósticos principales del GDR 14

CÓDIGO CIE	DESCRIPCIÓN	CÓDIGO CIE	DESCRIPCIÓN
433.01	Oclusión y estenosis basilar c/infarto	433.91	Oclusión y estenosis art prec no esp c/inf
433.11	Oclusión y estenosis carótida c/infarto	434.01	Trombosis cerebral con infarto
433.21	Oclusión y estenosis vertebral c/infarto	434.11	Embolia cerebral con infarto
433.31	Oclusión y estenosis múltiple c/infarto	434.91	Oclusión arteria cerebral con infarto
433.81	Oclusión y estenosis otra arteria c/infarto	436	Enf cerebrovascular aguda mal definida

Fuente: All Patient Diagnosis Groups (AP-DRGs), Versión 18.0 Definitions manual

El esquema de clasificación de la CDM 1 de problemas del sistema nervioso puede verse en la figura 6 del anexo II.

GDR 88: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, ocupa el cuarto lugar en porcentaje de episodios de hospitalización del área médica (2,9%) y una estancia media de 9,27 días.

Agrupar episodios que tienen como diagnóstico principal uno de los códigos CIE recogidos en la tabla 25.

Tabla 25: Códigos de diagnósticos principales del GDR 88

CÓDIGO CIE	DESCRIPCIÓN	CÓDIGO CIE	DESCRIPCIÓN
491.1	Bronquitis crónica mucopurulenta	493.21	Asma obstructiva crónica c/estado asmát
491.20	Bronquitis crónica obstructiva s/exacerb	493.22	Asma obstructiva crónica c/exacerbación
491.21	Bronquitis crónica obstructiva c/exacerb	494.0	Bronquiectasia sin exacerbación aguda
491.8	Otra bronquitis crónica	494.1	Bronquiectasia con exacerbación aguda
491.9	Bronquitis crónica no especificada	496	Obstrucción crónica de vías respiratorias
492.0	Vesícula enfisematosa	506.4	Afecciones respir crón por humos/vapores
492.8	Otros enfisemas	506.9	Enf resp no especif por humos/vapores
493.20	Asma obstructiva crónica sin exacerbación	748.61	Bronquiectasia congénita

Fuente: All Patient Diagnosis Groups (AP-DRGs), Versión 18.0 Definitions manual

El esquema de clasificación de la CDM 4 de problemas respiratorios puede verse en la figura 4 del anexo II.

GDR 410: quimioterapia, agrupa el 2,7% de los episodios del área médica del período con una estancia media de 3,64 días. Se clasifica en la CDM 17 de trastornos mieloproliferativos y neoplasias

En este GDR se agrupan aquellos episodios con diagnóstico principal, es decir, que ingresan por admisión para quimioterapia (código CIE V58.1) o después de quimioterapia para seguimiento del tratamiento con quimioterapia (código V67.2).

El esquema de clasificación de la CDM 17 de trastornos mieloproliferativos y neoplasias puede verse en la figura 7 del anexo II.

GDR 140 angina de pecho, es el sexto GDR con más episodios del área médica (2,2%). Presenta una estancia media de 7,55 días.

Este GDR, que se clasifica en la CDM 5 de problemas circulatorios, agrupa los episodios cuyo diagnóstico principal está recogido entre los códigos de la CIE que se muestran en la tabla 26.

Tabla 26: Códigos de diagnósticos principales del GDR 410

CÓDIGO CIE	DESCRIPCIÓN
411.1	Síndrome coronario intermedio
411.81	Oclusión coronaria aguda sin infarto
411.89	Otra forma aguda o subaguda de cardiopatía isquémica
413.0	Angina de decúbito
413.1	Angina de Prinzmetal
413.9	Otra angina de pecho o angina no especificada

Fuente: All Patient Diagnosis Groups (AP-DRGs), Versión 18.0 Definitions manual

El esquema de clasificación de la CDM 5 de problemas circulatorios puede verse en la figura 5 del anexo II.

Como quiera que los GDRs más frecuentes están condicionados por el sexo y la edad de los pacientes en las tablas 27 a 32 aportamos información en este sentido.

Las tablas 27 y 28 nos ofrecen los GDRs más frecuentes por sexos. Lo más destacable es que existen cinco GDRs en hombres que no están entre los 20 GDRs más frecuentes en mujeres, se trata del GDR 82 de neoplasias respiratorias, el 112 de procedimientos cardiovasculares percutáneos, el 122 de trastornos circulatorios con IAM, el 557 de trastornos hepatobiliares y el 808 de procedimientos cardiovasculares percutáneos con IAM.

Otros cinco GDRs de los más frecuentes en mujeres que no están entre los 20 GDRs más frecuentes en hombres, se trata del GDR 97 de bronquitis y asma, el 102 de otros diagnósticos de aparato respiratorio, el 395 de trastornos de los hematíes, el 533 de otros trastornos del sistema nervioso y el 542 de bronquitis y asma con complicación mayor.

De los GDRs más frecuentes comunes a ambos sexos, existen diferencias de porcentajes de casos relativamente importantes a favor de los varones en el GDR 541 trastornos respiratorios, 88 enfermedad pulmonar obstructiva crónica y 410 quimioterapia, mientras que en mujeres tiene mayor porcentaje el GDR 127 de insuficiencia cardíaca y shock.

Entre los 20 GDRs más frecuentes en hombres predominan los problemas cardiocirculatorios (10 GDRs) y los respiratorios (5 GDRs), con 2 oncológicos y 1 del sistema nervioso y otro del sistema hepatobiliar. Entre las mujeres 8 GDRs son de problemas respiratorios, 7 cardiocirculatorios, 3 neurológicos, 1 oncológico y otro de la sangre.

Los 20 GDRs más frecuentes suponen el 47,61% de los episodios de hospitalización en hombres y el 42,06% en mujeres.

Tabla 27: GDRs más frecuentes en hombres.
Área médica 2000 a 2004

GDR ÁREA MÉDICA 2000-2004. HOMBRES					
Nº	DESCRIPCIÓN	EPISODIOS			EM
		Nº	%	%AC	
541	Trastornos respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con cc mayor	26.072	10,04	10,04	11,39
127	Insuficiencia cardíaca y shock	10.565	4,07	14,11	9,24
88	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	9.835	3,79	17,90	9,12
410	Quimioterapia	8.313	3,20	21,10	3,47
14	Trastornos cerebrovasculares específicos excepto AIT y hemorragia intracraneal	7.191	2,77	23,87	12,86
140	Angina de pecho	6.529	2,51	26,38	7,39
112	Procedimientos cardiovasculares percutáneos	5.584	2,15	28,53	5,18
82	Neoplasias respiratorias	5.097	1,96	30,49	11,28
89	Neumonía simple y pleuritis edad>17 con cc	5.071	1,95	32,44	10,29
122	Trastornos circulatorios con IAM sin complicaciones mayores alta con vida	4.692	1,81	34,25	10,29
125	Trastornos circulatorios excepto IAM, con cateterismo sin diagnóstico complejo	4.067	1,57	35,82	5,46
143	Dolor torácico	4.062	1,56	37,38	5,27
15	Accidente isquémico transitorio y oclusión precerebral	4.011	1,54	38,92	8,44
544	Insuficiencia cardíaca congestiva y arritmia cardíaca con cc mayor	3.949	1,52	40,44	12,30
101	Otros diagnósticos de aparato respiratorio con cc	3.298	1,27	41,71	9,77
90	Neumonía simple y pleuritis edad>17 sin cc	3.136	1,21	42,92	8,04
808	Procedimientos cardiovasculares percutáneos con IAM, fallo cardíaco o shock	3.091	1,19	44,11	7,59
557	Trastornos hepatobiliares y del páncreas con cc mayor	3.057	1,18	45,29	14,58
139	Arritmias cardíacas y trastornos de conducción sin cc	3.042	1,17	46,46	4,72
116	Impl. marcapasos cardíaco permanente s/IAM, fallo card, shock, desfib. o sust. gen	2.979	1,15	47,61	6,84

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

Tabla 28: GDRs más frecuentes en mujeres.
Área médica 2000 a 2004

GDR ÁREA MÉDICA 2000-2004. MUJERES					
Nº	DESCRIPCIÓN	EPISODIOS			EM
		Nº	%	%AC	
541	Trastornos respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con cc mayor	11.698	6,09	6,09	11,88
127	Insuficiencia cardíaca y shock	10.803	5,63	11,72	9,37
14	Trastornos cerebrovasculares específicos excepto AIT y hemorragia intracraneal	6.953	3,62	15,34	13,82
544	Insuficiencia cardíaca congestiva y arritmia cardíaca con cc mayor	4.465	2,33	17,67	12,13
15	Accidente isquémico transitorio y oclusión precerebral	4.024	2,10	19,77	8,87
410	Quimioterapia	3.727	1,94	21,71	4,03
140	Angina de pecho	3.520	1,83	23,54	7,85
395	Trastornos de los hematíes edad>17	3.466	1,81	25,35	8,32
88	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3.463	1,80	27,15	9,71
102	Otros diagnósticos de aparato respiratorio sin cc	3.249	1,69	28,84	8,28
143	Dolor torácico	3.043	1,59	30,43	5,58
101	Otros diagnósticos de aparato respiratorio con cc	2.795	1,46	31,89	10,57
139	Arritmias cardíacas y trastornos de conducción sin cc	2.766	1,44	33,33	5,44
89	Neumonía simple y pleuritis edad>17 con cc	2.696	1,40	34,73	11,07
90	Neumonía simple y pleuritis edad>17 sin cc	2.398	1,25	35,98	8,42
97	Bronquitis y asma edad>17 sin cc	2.375	1,24	37,22	7,06
116	Impl. marcapasos cardíaco permanente s/IAM, fallo card, shock, desfib. o sust. gen	2.368	1,23	38,45	7,15
542	Bronquitis y asma con cc mayor	2.334	1,22	39,67	8,70
125	Trastornos circulatorios excepto IAM, con cateterismo sin diagnóstico complejo	2.297	1,20	40,87	5,25
533	Otros trastornos sistema nervioso excepto AIT, convulsiones y cefalea con cc mayor	2.282	1,19	42,06	22,34

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

Las diferencias son más importantes por grupos de edad, en este caso las patologías por las que se ingresan tienden a variar a medida que se envejece.

Los 20 GDRs más frecuentes agrupan un mayor porcentaje de episodios de hospitalización a medida que aumenta la edad, mientras que en el grupo de 15 a 44 años los 20 GDRs más frecuentes suponen el 38,19% del total de los episodios de esas edades (Tabla 29), en el grupo de 45 a 64 años ese porcentaje se eleva al 44,14% (Tabla 30), en el grupo de 65 a 74 años al 49,96% (tabla 31) y en el grupo de mayores de 74 años alcanza el 55,70% (Tabla 32).

Tabla 29: GDRs más frecuentes en pacientes de 15 a 44 años.
Área médica 2000 a 2004

GDR ÁREA MÉDICA 2000-2004. 15-44 AÑOS					
Nº	DESCRIPCIÓN	EPISODIOS			EM
		Nº	%	%AC	
410	Quimioterapia	1.969	3,39	3,39	4,46
206	Trastornos de hígado excepto neo maligna, cirrosis, hepatitis alcohólica sin cc	1.924	3,31	6,70	2,67
13	Esclerosis múltiple y ataxia cerebelosa	1.891	3,26	9,96	5,47
179	Enfermedad inflamatoria intestinal	1.260	2,17	12,13	9,39
25	Convulsión y cefalea edad>17 sin cc	1.237	2,13	14,26	6,71
714	HIV con diagnóstico relacionado significativo	1.129	1,94	16,20	10,88
541	Trastornos respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con cc mayor	1.108	1,91	18,11	10,20
241	Trastornos de tejido conectivo sin cc	1.099	1,89	20,00	3,89
35	Otros trastornos del sistema nervioso sin cc	1.041	1,79	21,79	4,04
204	Trastornos de páncreas excepto neoplasia maligna	1.032	1,78	23,57	8,32
801	Tuberculosis sin cc	1.028	1,77	25,34	9,92
90	Neumonía simple y pleuritis edad>17 sin cc	1.025	1,77	27,11	6,25
814	Gastroenteritis no bacteriana y dolor abdominal edad > 17 sin cc	927	1,60	28,71	5,33
97	Bronquitis y asma edad>17 sin cc	918	1,58	30,29	4,90
295	Diabetes edad<36	876	1,51	31,80	5,76
143	Dolor torácico	864	1,49	33,29	4,37
112	Procedimientos cardiovasculares percutáneos	737	1,27	34,56	4,04
183	Esofagitis, gastroenteritis y trastornos digestivos misceláneos edad>17 sin cc	714	1,23	35,79	5,64
321	Infecciones de riñón y tracto urinario edad>17 sin cc	698	1,20	36,99	5,19
21	Meningitis vírica	694	1,20	38,19	6,77

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

Entre los 20 GDRs más frecuentes en pacientes de 15 a 44 años (Tabla 29) destacan la quimioterapia que supone el 3,39% de los ingresos de esa edad, los trastornos del hígado con el 3,31% y la esclerosis múltiple con el 3,26%.

Son frecuentes en estas edades los ingresos por procesos infecciosos e inflamatorios. En general las estancias medias son cortas.

En el grupo de 45 a 64 años (Tabla 30) comienzan a tener más importancia los procesos cardiocirculatorios y respiratorios. Los dos GDRs más frecuentes son el 541 de trastornos respiratorios y el 410 de quimioterapia.

Aparecen en una posición destacada las neoplasias respiratorias y los problemas neurológicos.

Las estancias medias se alargan algo más que en el grupo de edad anterior y cuatro GDRs superan los 10 días de estancia media, el 541 de trastornos respiratorios (10,78 días), el 82 de neoplasias respiratorias (10,83 días), el 14 de trastornos cerebrovasculares excepto AIT (13,45 días) y el 557 de trastornos del hígado (15,34 días).

Tabla 30: GDRs más frecuentes en pacientes de 45 a 64 años.
Área médica 2000 a 2004

GDR ÁREA MÉDICA 2000-2004. 45-64 AÑOS					
Nº	DESCRIPCIÓN	EPISODIOS			EM
		Nº	%	%AC	
541	Trastornos respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con cc mayor	5.512	5,17	5,17	10,73
410	Quimioterapia	5.324	5,00	10,17	3,46
143	Dolor torácico	3.023	2,84	13,01	4,93
112	Procedimientos cardiovasculares percutáneos	2.972	2,79	15,80	4,86
140	Angina de pecho	2.730	2,56	18,36	7,05
125	Trastornos circulatorios excepto IAM, con cateterismo sin diagnóstico complejo	2.437	2,29	20,65	5,24
127	Insuficiencia cardíaca y shock	2.328	2,18	22,83	8,94
82	Neoplasias respiratorias	2.191	2,06	24,89	10,83
202	Cirrosis y hepatitis alcohólica	2.174	2,04	26,93	8,11
122	Trastornos circulatorios con IAM sin complicaciones mayores alta con vida	2.161	2,03	28,96	9,93
14	Trastornos cerebrovasculares específicos excepto AIT y hemorragia intracranial	2.095	1,97	30,93	13,45
88	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2.092	1,96	32,89	8,68
35	Otros trastornos del sistema nervioso sin cc	1.885	1,77	34,66	2,51
139	Arritmias cardíacas y trastornos de conducción sin cc	1.780	1,67	36,33	4,28
808	Procedimientos cardiovasculares percutáneos con IAM, fallo cardíaco o shock	1.640	1,54	37,87	7,20
557	Trastornos hepatobiliares y del páncreas con cc mayor	1.505	1,41	39,28	15,34
205	Trastornos de hígado excepto neo maligna, cirrosis, hepatitis alcohólica con cc	1.331	1,25	40,53	8,61
90	Neumonía simple y pleuritis edad>17 sin cc	1.293	1,21	41,74	7,80
395	Trastornos de los hematíes edad>17	1.287	1,21	42,95	7,16
15	Accidente isquémico transitorio y oclusión precerebral	1.269	1,19	44,14	8,16

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

En el grupo de 65 a 74 años (Tabla 31) los problemas cardiocirculatorios ocupan el primer lugar entre los GDRs más frecuentes, concretamente 9 de los 20 GDRs, seguidos de los respiratorios con 5 GDRs y los oncológicos con 3 GDRs.

El GDR 541 de trastornos respiratorios supone cerca del 10% del total de ingresos en este grupo de edad.

Las estancias medias se alargan algo más, seis GDRs superan los 10 días de estancia media, se trata del GDR 541 de trastornos respiratorios (11,70 días), el 14 de trastornos cerebrovasculares excepto AIT (13,46 días), el 82 de neoplasias respiratorias (11,83 días), el 122 de trastornos circulatorios con IAM (11,09 días), el 89 de neumonía simple y pleuritis (10,65 días) y el 544 de insuficiencia cardíaca congestiva (13,06 días).

Tabla 31: GDRs más frecuentes en pacientes de 65 a 74 años.
Área médica 2000 a 2004

GDR ÁREA MÉDICA 2000-2004. 65 - 74 AÑOS					
Nº	DESCRIPCIÓN	EPISODIOS			EM
		Nº	%	%AC	
541	Trastornos respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con cc mayor	10.177	9,04	9,04	11,70
127	Insuficiencia cardíaca y shock	5.387	4,79	13,83	9,31
88	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	4.113	3,65	17,48	9,27
14	Trastornos cerebrovasculares específicos excepto AIT y hemorragia intracranial	3.952	3,51	20,99	13,46
410	Quimioterapia	3.432	3,05	24,04	3,67
140	Angina de pecho	3.171	2,82	26,86	7,72
112	Procedimientos cardiovasculares percutáneos	2.428	2,16	29,02	5,67
15	Accidente isquémico transitorio y oclusión precerebral	2.300	2,04	31,06	8,79
125	Trastornos circulatorios excepto IAM, con cateterismo sin diagnóstico complejo	2.246	2,00	33,06	5,52
82	Neoplasias respiratorias	2.101	1,87	34,93	11,38
143	Dolor torácico	1.969	1,75	36,68	5,92
139	Arritmias cardíacas y trastornos de conducción sin cc	1.957	1,74	38,42	5,24
122	Trastornos circulatorios con IAM sin complicaciones mayores alta con vida	1.901	1,69	40,11	11,09
89	Neumonía simple y pleuritis edad>17 con cc	1.862	1,65	41,76	10,65
544	Insuficiencia cardíaca congestiva y arritmia cardíaca con cc mayor	1.833	1,63	43,39	13,06
395	Trastornos de los hematíes edad>17	1.586	1,41	44,80	8,26
116	Impl. marcapasos cardíaco permanente sin IAM, fallo card, shock, desfibr. o sust. gen	1.514	1,34	46,14	6,92
102	Otros diagnósticos de aparato respiratorio sin cc	1.511	1,34	47,48	8,08
101	Otros diagnósticos de aparato respiratorio con cc	1.461	1,30	48,78	9,91
203	Neoplasia maligna de sistema hepatobiliar o de páncreas	1.329	1,18	49,96	9,64

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

Tabla 32: GDRs más frecuentes en pacientes de > 74 años.
Área médica 2000 a 2004

GDR ÁREA MÉDICA 2000-2004. > 74 AÑOS					
Nº	DESCRIPCIÓN	EPISODIOS			EM
		Nº	%	%AC	
541	Trastornos respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con cc mayor	20.966	12,11	12,11	11,74
127	Insuficiencia cardíaca y shock	13.387	7,73	19,84	9,38
14	Trastornos cerebrovasculares específicos excepto AIT y hemorragia intracranial	7.798	4,51	24,35	13,13
88	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	6.867	3,97	28,32	9,51
544	Insuficiencia cardíaca congestiva y arritmia cardíaca con cc mayor	5.901	3,41	31,73	11,88
15	Accidente isquémico transitorio y oclusión precerebral	4.250	2,46	34,19	8,73
89	Neumonía simple y pleuritis edad>17 con cc	4.146	2,40	36,59	10,91
140	Angina de pecho	3.878	2,24	38,83	7,90
101	Otros diagnósticos de aparato respiratorio con cc	3.374	1,95	40,78	10,60
116	Impl. marcapasos cardíaco permanente s/IAM, fallo card, shock, desfibr. o sust. gen	3.302	1,91	42,69	7,08
102	Otros diagnósticos de aparato respiratorio sin cc	3.082	1,78	44,47	8,58
395	Trastornos de los hematíes edad>17	2.968	1,71	46,18	8,45
533	Otros trastornos sistema nervioso excepto AIT, convulsiones y cefalea con cc mayor	2.890	1,67	47,85	19,73
121	Trastornos circulatorios con IAM y complicaciones mayores, alta con vida	2.178	1,26	49,11	12,81
90	Neumonía simple y pleuritis edad>17 sin cc	2.064	1,19	50,30	9,20
175	Hemorragia gastrointestinal sin cc	1.964	1,13	51,43	7,37
122	Trastornos circulatorios con IAM sin complicaciones mayores alta con vida	1.946	1,12	52,55	10,33
540	Infecciones e inflamaciones respiratorias con cc mayor	1.850	1,07	53,62	14,76
82	Neoplasias respiratorias	1.827	1,06	54,68	11,57
138	Arritmias cardíacas y trastornos de conducción con cc	1.757	1,02	55,70	7,93

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

En el grupo de mayores de 74 años desaparecen de entre los 20 primeros GDRs respecto al grupo de edad anterior los GDRs 410 quimioterapia, 112 de procedimientos cardiovasculares percutáneos, 125 trastornos circulatorios excepto IAM, 143 dolor torácico, 139 arritmias cardíacas y 203 neoplasia maligna del sistema hepatobiliar.

Las estancias medias continúan alargándose respecto a los grupos de menor edad, la mitad de los 20 GDRs más frecuentes superan los 10 días de estancia. Tienen las estancias medias más prolongadas el GDR 533 otros trastornos del sistema nervioso excepto AIT (19,73 días) y el GDR 540 infecciones e inflamaciones respiratorias con complicación mayor (14,76 días).

5.1.8. POR SEXO

La distribución por sexo (Tabla 33) nos muestra que el mayor volumen de episodios de hospitalización corresponde a hombres (57,5%), y este hecho se mantiene inalterado en todos los centros de la red del Sergas.

Tabla 33: Distribución de episodios del área médica por sexo. 2000 a 2004

HOSPIT.	HOMBRES			MUJERES			TOTAL		
	% EP	EM	PM	% EP	EM	PM	Nº EP	EM	PM
CHUJC	58,8	11,93	1,9792	41,2	11,38	1,7387	88.786	11,70	1,8802
FPHVX	52,1	7,26	1,5671	47,9	6,96	1,5483	7.028	7,12	1,5581
CHUS	57,9	10,65	1,9455	42,1	10,57	1,8112	63.850	10,62	1,889
FPHB	52,1	9,83	1,7542	47,9	10,39	1,6989	6.466	10,10	1,7277
CHAM	58,9	10,28	1,7245	41,1	10,57	1,6764	21.147	10,40	1,7047
CHPO	56,8	10,31	1,8605	43,2	10,65	1,8682	34.531	10,46	1,8638
FPHS	53,4	8,01	1,6799	46,6	8,17	1,6832	5.782	8,09	1,6814
CHXCI	56,3	11,58	1,8272	43,7	11,93	1,7039	26.231	11,73	1,7733
HM	57,3	9,40	2,0039	42,7	10,46	1,8963	28.700	9,85	1,9579
POVISA	55,0	8,39	1,6578	45,0	8,92	1,5418	28.072	8,63	1,6056
CHOU	56,6	10,49	1,836	43,4	10,68	1,7434	61.237	10,58	1,7958
HCV	56,7	9,21	1,6317	43,3	9,14	1,5974	7.649	9,18	1,6168
FPHV	55,7	7,65	1,6684	44,3	7,32	1,5679	6.420	7,50	1,6239
HCM	59,5	8,59	1,4402	40,5	9,11	1,4672	6.368	8,80	1,4515
CHXCa	59,2	10,66	1,6963	40,8	11,83	1,6598	53.221	11,14	1,6814
HC	60,9	9,68	1,7193	39,1	9,14	1,6757	6.103	9,47	1,7023
TOTAL	57,5	10,48	1,8396	42,5	10,64	1,7287	451.591	10,55	1,7925

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

El menor porcentaje de hombres corresponde a las Fundaciones Públicas Hospitales Virxe da Xunqueira y Barbanza con el 52,1% y el porcentaje mayor al

hospital da Costa en que los hombres alcanzan el 60,9% del total de episodios.

La estancia media es algo menor en hombres (10,48 días) frente a los 10,64 días de estancia de las mujeres. En este indicador existen importantes diferencias entre centros. En seis centros el comportamiento de la estancia media por sexo es contrario al del conjunto del Sergas, es decir, la estancia media es mayor en hombres. El centro con mayor diferencia de estancia media por sexos es el C.H. Xeral-Calde en el que las mujeres tienen 1,17 días de estancia más que los hombres seguido del Hospital Meixoeiro en que esta diferencia es de 1,06 días.

El peso medio es algo mayor en hombres (1,8396) frente a 1,7287 de las mujeres. Tan solo en dos centros el peso medio es mayor en mujeres, se trata del C.H. de Pontevedra y del Hospital Comarcal de Monforte. El centro con mayor diferencia de peso medio por sexos es el C.H. Universitario Juan Canalejo en el que los hombres tienen una complejidad 0,24 unidades mayor que las mujeres.

5.1.9. POR GRUPOS DE EDAD

Por grupos de edad (Tabla 34), el mayor porcentaje de episodios corresponde en el conjunto del Sergas (38,3%) al grupo de mayores de 74 años al igual que en cada uno de los hospitales. Sin embargo este porcentaje varía mucho entre centros.

Tabla 34: Distribución de episodios del área médica por edad. 2000 a 2004

HOSP.	<15			15-44			45-64			65-74			>74			TOTAL		
	%EP	EM	PM	%EP	EM	PM	%EP	EM	PM	%EP	EM	PM	%EP	EM	PM	Nº EP	EM	PM
CHUJC	0,7	5,41	1,5800	14,8	12,29	1,9855	27,4	11,87	2,0092	26,1	12,02	1,8287	31,0	11,14	1,7657	88.786	11,70	1,8802
FPHVX	0,1	5,43	1,1714	7,0	6,33	1,2924	17,2	6,99	1,3751	25,2	7,88	1,5326	50,5	6,89	1,6705	7.028	7,12	1,5581
CHUS	0,1	6,06	1,5956	16,6	8,07	1,5724	27,6	9,37	1,7836	24,2	11,40	1,9521	31,4	12,47	2,1013	63.850	10,62	1,8890
FPHB	0,0	6,50	0,8350	8,7	7,03	1,3019	15,8	8,64	1,4837	22,7	10,08	1,6866	52,7	11,05	1,8895	6.466	10,10	1,7277
CHAM	0,6	3,71	0,7302	14,4	7,38	1,3938	26,0	9,48	1,5572	26,4	11,46	1,7516	32,6	11,72	1,9397	21.147	10,40	1,7047
CHPO	0,3	7,86	1,7724	13,4	9,39	1,7172	23,3	9,77	1,7636	25,8	10,89	1,8553	37,1	10,99	1,9864	34.531	10,46	1,8638
FPHS	0,2	1,50	0,5400	12,3	4,62	1,0265	16,4	5,98	1,3980	22,0	7,53	1,6467	49,1	9,94	1,9613	5.782	8,09	1,6814
CHXCI	1,1	8,65	2,1532	17,6	10,28	1,7316	27,3	11,34	1,7592	23,0	12,33	1,7782	31,2	12,56	1,7927	26.231	11,73	1,7733
HM	0,1	7,71	1,1803	13,2	8,55	1,5982	23,9	8,68	1,8656	25,8	9,77	1,9871	37,0	11,13	2,1273	28.700	9,85	1,9579
POVISA	0,0	4,50	1,1950	15,0	6,79	1,3279	23,8	7,92	1,5081	23,6	9,06	1,6700	37,6	9,55	1,7377	28.072	8,63	1,6056
CHOU	0,1	6,00	0,8326	9,4	8,29	1,4621	20,2	10,08	1,6842	24,4	11,08	1,7825	46,0	11,00	1,9215	61.237	10,58	1,7958
HCV	0,1	7,75	0,9125	5,6	5,71	1,1730	13,8	7,56	1,4042	21,4	8,90	1,5602	59,2	9,99	1,7290	7.649	9,18	1,6168
FPHV	0,1	5,60	0,6280	4,7	5,80	1,1610	13,0	6,75	1,4275	24,6	7,50	1,5819	57,7	7,81	1,7247	6.420	7,50	1,6239
HCM	0,1	5,20	0,7020	6,6	6,74	1,2330	15,0	7,59	1,2761	24,4	8,79	1,3779	54,0	9,40	1,5610	6.368	8,80	1,4515
CHXCa	0,1	8,12	1,2580	8,8	8,32	1,3954	19,9	8,81	1,4772	25,4	11,01	1,6810	45,8	12,77	1,8264	53.221	11,14	1,6814
HC	0,1	7,50	0,8975	11,0	7,77	1,3768	22,4	9,04	1,6010	26,7	10,00	1,7405	39,8	9,83	1,8251	6.103	9,47	1,7023
TOTAL	0,3	6,29	1,5578	12,9	9,14	1,6180	23,6	9,88	1,7420	24,9	10,94	1,7950	38,3	11,22	1,8822	451.591	10,55	1,7925

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

En cinco hospitales el porcentaje de episodios de hospitalización con más de 74 años supera el 50% del total de las hospitalizaciones médicas, estos centros son el H. Comarcal de Valdeorras (59,2%), La F.P. Hospital de Verín (57,7%), el H. Comarcal de Monforte (54,0%), la F.P. Hospital da Barbanza (52,7%) y la F.P. Hospital Virxe da Xunqueira (50,5%). En tres centros este porcentaje está en el 31% C.H. Universitario Juan Canalejo (31,0%), C.H. Xeral-Cies (31,2%) y C.H. Universitario de Santiago (31,4%).

Más del 80% de los episodios de hospitalización del área médica en el H. Comarcal de Valdeorras (80,6%) y la F.P. Hospital de Verín (82,3%) son personas mayores de 64 años. El menor porcentaje de pacientes mayores de 64 años corresponde al C.H. Xeral-Cies con el 54,2%.

La estancia media se va incrementando a medida que aumenta la edad, pasando de 6,29 días en menores de 15 años a 11,22 días en mayores de 74 años. La práctica totalidad de los centros tienen este mismo comportamiento de la estancia media con la edad, la única excepción es el C.H. Universitario Juan Canalejo que tiene los picos de estancia media en los grupos de edad de 15 a 44 años y de 65 a 74 años.

El peso medio se va incrementando a medida que aumenta la edad, pasando de 1,5578 en menores de 15 años a 1,8822 en mayores de 74 años. La práctica totalidad de los centros tienen este mismo comportamiento, la única excepción es, al igual que ocurría con la estancia media, el C.H. Universitario Juan Canalejo que tiene los picos de peso medio en los grupos de edad de 45 a 64 y de 15 a 44 años.

5.1.10. POR CIRCUNSTANCIA DE INGRESO

Respecto al tipo de ingreso, en el área médica el ingreso se produce mayoritariamente de forma urgente (86,4%) en el global del Sergas (Tabla 35). Esta situación se mantiene en todos los centros.

El centro que más programa el ingreso en el área médica es el C.H. Universitario Juan Canalejo con un 26,5%, por el contrario son las fundaciones y el H. Comarcal de Valdeorras los que menos programan (programan entre el 0,1 y el 1,1% de los ingresos). La estancia media es mayor en los ingresos urgentes (Tabla 35) tanto en el global del Sergas (11,04 días en los ingresos urgentes y 7,47 en los programados) como en cada uno de los centros hospitalarios.

Las diferencias de estancia media entre los ingresos urgentes y programados es de 3,57 días en el global del Sergas. Esta cifra llega a 7,06 días en el C.H. Arquitecto Marcide, a 6,34 días en el C.H. de Pontevedra y a 6,22 días en el C.H. Xeral-Calde. Por el contrario esta diferencia es mínima en la F.P. Hospital de Verín

(0,83 días), F.P. Hospital do Salnés (1,38 días) y en la F.P. Hospital Virxe da Xunqueira (1,50 días).

Tabla 35: Distribución de episodios del área médica por tipo de ingreso. 2000 a 2004

HOSP.	PROGRAMADO			URGENTE			TOTAL		
	% EP	EM	PM	% EP	EM	PM	Nº EP	EM	PM
CHUJC	26,5	9,77	2,2653	73,5	12,40	1,7412	88.786	11,70	1,8802
FPHVX	0,8	5,63	1,0430	99,2	7,13	1,5621	7.028	7,12	1,5581
CHUS	18,2	5,76	1,5876	81,8	11,70	1,9562	63.850	10,62	1,8890
FPHB	0,7	6,79	1,2202	99,3	10,12	1,7311	6.466	10,10	1,7277
CHAM	11,0	4,11	1,3916	89,0	11,17	1,7432	21.147	10,40	1,7047
CHPO	1,6	4,22	1,3313	98,4	10,56	1,8726	34.531	10,46	1,8638
FPHS	1,1	6,72	1,4473	98,9	8,10	1,6841	5.782	8,09	1,6814
CHXCi	17,0	8,62	2,1871	83,0	12,37	1,6884	26.231	11,73	1,7733
HM	9,2	4,96	1,4837	90,8	10,35	2,0062	28.700	9,85	1,9579
POVISA	17,2	4,39	1,4982	82,8	9,51	1,6278	28.072	8,63	1,6056
CHOU	10,6	7,78	1,6984	89,4	10,91	1,8073	61.237	10,58	1,7958
HCV	0,2	6,53	1,9465	99,8	9,19	1,6160	7.649	9,18	1,6168
FPHV	0,1	6,67	1,6833	99,9	7,50	1,6238	6.420	7,50	1,6239
HCM	14,7	6,04	1,3022	85,3	9,28	1,4772	6.368	8,80	1,4515
CHXCa	6,6	5,33	1,4051	93,4	11,55	1,7008	53.221	11,14	1,6814
HC	7,8	4,44	1,5285	92,2	9,90	1,7170	6.103	9,47	1,7023
TOTAL	13,6	7,47	1,8648	86,4	11,04	1,7810	451.591	10,55	1,7925

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

El peso medio es mayor en los ingresos programados (Tabla 35) en el global del Sergas (1,8648 es la complejidad en los ingresos programados y 1,7810 en los urgentes). Esto no se mantiene en todos los centros, tan solo en cuatro centros es mayor la complejidad de los ingresos programados (C.H. Universitario Juan Canalejo, C.H. Xeral-Cies, H. Comarcal de Valdeorras y F.P. Hospital de Verín).

Las mayores diferencias de peso medio entre los ingresos urgentes y programados son de más de medio punto. En tres centros a favor de los ingresos urgentes F.P. Hospital de Virxe da Xunqueira, C.H. de Pontevedra y Hospital Meixoeiro y en el C.H. Universitario Juan Canalejo esa diferencia es a favor de los ingresos programados.

5.1.11. POR TIPO DE GDR

A pesar de tratarse del área médica, el 8,7% del total de episodios se clasifican en GDRs quirúrgicos (Tabla 36), pero este porcentaje varía entre un 19,8% del Hospital Meixoeiro y un 0,7% del H. Comarcal de Monforte. Otros centros con alto

porcentaje de episodios del área médica en GDRs quirúrgicos son los C.H. Universitarios Juan Canalejo (13,7%) y Santiago (12,7%).

La estancia media es prácticamente el doble en los episodios de GDRs quirúrgicos (17,47 días) que en los médicos (9,89 días) en el global del Sergas. Esta situación se mantiene en todos los centros a excepción del Hospital Meixoeiro en el que la estancia media de los GDRs médicos es de 10,63 días por 6,72 días de los quirúrgicos.

En cinco hospitales la estancia media de los GDRs quirúrgicos supera en más de 10 días a la de los GDRs médicos. En el H. Comarcal de Valdeorras esta diferencia alcanza los 18,34 días pasando de 8,93 de estancia media de los GDRs médicos a 27,27 días en los GDRs quirúrgicos, en el C.H. Universitario Juan Canalejo esta diferencia alcanza los 13,28 días, los 13,20 días en el C.H. Xeral-Calde y los 11,54 días en la F.P. Hospital da Barbanza.

La complejidad es siempre mayor en los episodios que se clasifican en los GDRs quirúrgicos tanto en el global del Sergas como en cada uno de los centros. Las mayores diferencias de complejidad entre GDRs quirúrgicos y médicos se dan en el C.H. Universitario Juan Canalejo (3,3800), en el C.H. de Ourense (3,1062), en el C.H. de Pontevedra (3,0836) y en el C.H. Xeral-Cies (3,0323).

Tabla 36: Distribución de episodios del área médica por tipo de GDR. 2000 a 2004

HOSP.	GDRs QUIRÚRGICOS			GDRs MÉDICOS			TOTAL GDRs		
	% EP	EM	PM	% EP	EM	PM	Nº EP	EM	PM
CHUJC	13,7	23,16	4,7960	86,3	9,88	1,4160	88.786	11,70	1,8802
FPHVX	0,8	13,97	3,2842	99,2	7,06	1,5435	7.028	7,12	1,5581
CHUS	12,7	15,05	3,7439	87,3	9,97	1,6187	63.850	10,62	1,8890
FPHB	0,8	21,55	4,0592	99,2	10,01	1,7099	6.466	10,10	1,7277
CHAM	4,7	13,54	3,7505	95,3	10,24	1,6035	21.147	10,40	1,7047
CHPO	6,0	15,61	4,7609	94,0	10,13	1,6773	34.531	10,46	1,8638
FPHS	1,6	17,79	3,7221	98,4	7,93	1,6484	5.782	8,09	1,6814
CHXCi	8,9	17,37	4,5361	91,1	11,18	1,5038	26.231	11,73	1,7734
HM	19,8	6,72	2,6914	80,2	10,63	1,7765	28.700	9,85	1,9579
POVISA	4,3	14,97	4,0321	95,7	8,35	1,4978	28.072	8,63	1,6056
CHOU	5,2	19,56	4,7393	94,8	10,08	1,6331	61.237	10,58	1,7958
HCV	1,4	27,27	3,6672	98,6	8,93	1,5885	7.649	9,18	1,6168
FPHV	0,8	12,00	3,1535	99,2	7,47	1,6116	6.420	7,50	1,6239
HCM	0,7	21,24	3,4284	99,3	8,72	1,4374	6.368	8,80	1,4515
CHXCa	4,9	23,69	4,2718	95,1	10,49	1,5469	53.221	11,14	1,6814
HC	5,9	13,36	3,8813	94,1	9,23	1,5657	6.103	9,47	1,7023
TOTAL	8,7	17,47	4,1449	91,3	9,89	1,5687	451.591	10,55	1,7925

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

5.1.12. POR TIPO DE ALTA

La circunstancia de alta más frecuente en todos los centros hospitalarios es el alta a domicilio que alcanza un 89,6% del total de episodios de hospitalización en el global del Sergas, este porcentaje varía entre el 81,5 de la F.P. Hospital de Salnés y el 93,0% de los C.H. Universitarios de Santiago y Juan Canalejo (Tabla 37).

El exitus supone el 7,5% del total de episodios del área médica en el global del Sergas. Este porcentaje varía entre el 5,8% del C.H. Universitario Juan Canalejo y el 11,4% del H. Comarcal de Monforte.

En las fundaciones y hospitales comarcales el porcentaje de traslado a otro hospital es relevante, alcanzando porcentajes del 10,9% en la F.P. Hospital de Salnés y del 8,1% en el H. Comarcal de Valdeorras.

Globalmente en la red del Sergas, la mayor estancia media la presentan los episodios de alta a centros sociosanitarios con 30,19 días, seguida de los exitus con 13,34 días. Por el contrario, las altas voluntarias presentan la menor estancia media con 6,00 días.

Tabla 37: Distribución de episodios del área médica por tipo de alta. 2000 a 2004

HOSP.	DOMICILIO			TRAS. HOSP.			TRAS. SOCIOS.			VOLUNTARIA			EXITUS			TOTAL		
	%EP	EM	PM	%EP	EM	PM	%EP	EM	PM	%EP	EM	PM	%EP	EM	PM	Nº EP	EM	PM
CHUJC	93,0	10,89	1,8012	0,6	44,84	3,9469	0,2	74,36	2,9096	0,4	6,39	1,3242	5,8	19,74	2,9291	88.786	11,70	1,8802
FPHVX	85,0	7,04	1,4776	7,2	7,90	1,5544	0,1	38,00	1,7856	0,2	3,64	1,4427	7,5	6,78	2,4724	7.028	7,12	1,5581
CHUS	93,0	10,28	1,8120	0,4	16,66	2,6755	0,1	16,52	3,1321	0,2	7,50	1,7053	6,3	15,28	2,9668	63.850	10,62	1,8890
FPHB	85,2	10,13	1,6259	6,2	8,06	1,9451	0,1	16,14	2,1757	0,5	6,40	1,3070	8,1	11,43	2,6519	6.466	10,10	1,7277
CHAM	85,6	10,30	1,5888	5,9	13,03	1,9317	0,0	0,00	0,0000	0,5	5,88	1,4512	8,1	9,75	2,7818	21.147	10,40	1,7047
CHPO	88,1	10,22	1,7671	1,6	14,03	2,0984	1,5	19,24	2,3464	0,4	5,91	1,7040	8,4	10,93	2,7575	34.531	10,46	1,8638
FPHS	81,5	8,08	1,6056	10,9	5,20	1,6671	0,1	21,25	3,0725	0,4	2,15	1,2104	7,0	12,83	2,5934	5.782	8,09	1,6814
CHXCI	89,6	11,43	1,7016	1,7	21,80	2,6185	0,7	29,13	2,8897	0,5	6,07	1,4322	7,5	12,02	2,3696	26.231	11,73	1,7733
HM	83,1	10,08	1,8132	7,4	3,28	2,3090	0,5	34,46	3,1428	0,3	6,72	1,3922	8,6	11,89	2,9956	28.700	9,85	1,9579
POVISA	89,3	8,33	1,5111	1,6	16,40	1,7541	0,0	0,00	0,0000	0,5	4,04	1,2337	8,6	10,63	2,5806	28.072	8,63	1,6056
CHOU	89,8	10,34	1,6990	0,8	15,28	2,3831	0,0	12,50	2,6200	0,3	7,40	1,5506	9,1	12,56	2,7078	61.237	10,58	1,7958
HCV	83,9	9,24	1,5233	8,1	4,94	1,7859	0,1	17,40	1,3920	0,1	5,00	1,3178	7,8	12,95	2,4537	7.649	9,18	1,6168
FPHV	89,1	7,44	1,5632	3,1	6,49	1,8520	0,0	0,00	0,0000	0,3	3,60	1,2460	7,5	8,78	2,2683	6.420	7,50	1,6239
HCM	82,2	9,06	1,3444	6,0	5,93	1,4625	0,0	5,00	0,8900	0,4	2,92	1,0225	11,4	8,71	2,2327	6.368	8,80	1,4515
CHXCa	89,8	10,92	1,6105	2,3	12,14	1,6231	0,0	0,00	0,0000	0,3	5,40	1,3888	7,6	13,65	2,5509	53.221	11,14	1,6814
HC	87,3	9,41	1,6598	6,0	11,29	1,7089	0,2	8,23	2,1931	0,4	5,27	1,4562	6,0	8,84	2,3160	6.103	9,47	1,7023
TOTAL	89,6	10,26	1,7062	2,3	11,54	2,0791	0,2	30,19	2,6554	0,4	6,00	1,4301	7,5	13,34	2,7230	451.591	10,55	1,7925

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

Por centros la situación es más variable. Generalmente la estancia media es mayor en las altas sociosanitarias, aunque esto no ocurre en los C.H. Universitario de Santiago y de Ourense y en los hospitales comarcales de Monforte y Costa. En estos centros es incluso mayor la estancia media de los episodios que se trasladan a otro hospital que los que se trasladan a un centro sociosanitario.

Las estancias medias más prolongadas en los exitus corresponden a los C.H. Universitarios de Santiago (15,28 días) y Juan Canalejo (19,74 días). Tan solo en cinco centros la estancia media de los exitus está por debajo de los diez días, se trata de las F.P. Virxe da Xunqueira (6,78 días) y Verín (8,78 días), los hospitales comarcales de Monforte (8,71 días) y Costa (8,84 días) y el C.H. Arquitecto Marci-de (9,75 días).

Las estancias medias más bajas corresponden a las altas voluntarias de la F.P. Hospital do Salnés (2,15 días) y H. Comarcal de Monforte (2,92 días).

En cuanto a la complejidad, el mayor peso medio en el conjunto del Sergas corresponden a las altas por exitus (2,7230), seguidas de las altas a centro sociosanitario (2,6554) y de las altas por traslado a otro hospital (2,0791).

En once centros hospitalarios la casuística más compleja corresponde a las altas por exitus, sin embargo esto no ocurre así en el C.H. Universitario Juan Canalejo en el que la mayor complejidad corresponde a los traslados a otro hospital (3,9469) ni en otros cuatro centros en los que la mayor complejidad corresponde a las altas a centro sociosanitario, el C.H. Universitario de Santiago (3,1321), la F.P. Hospital do Salnés (3,0725), el C.H. Xeral-Cíes (2,8897) y el H. Meixoeiro (3,1428).

En todos los centros la menor complejidad corresponde a las altas voluntarias con pesos medios que se sitúan entre 1,0225 del H. Comarcal de Monforte y 1,7053 del C.H. Universitario de Santiago.

Las altas a domicilio representan un elevado porcentaje de las globales en cada centro, por lo que sus pesos medios son similares. La complejidad de las altas a domicilio por centro varía entre 1,3444 del H. Comarcal de Monforte y 1,8132 del Hospital Meixoeiro.

La mayor complejidad de la casuística corresponde a los traslados a otro hospital del C.H. Universitario Juan Canalejo (3,9469) y a los traslados sociosanitarios del Hospital Meixoeiro (3,1428), del C.H. Universitario de Santiago (3,1321) y de la F.P. Hospital do Salnés (3,0725), por el contrario la menor complejidad corresponde a los traslados a centros sociosanitarios del H. Comarcal de Monforte (0,8900).

El porcentaje de exitus varía mucho según los problemas de salud, tabla 38, los mayores corresponden a las neoplasias (22,8%), a las anomalías congénitas

(10,4%), a las enfermedades infecciosas (8,9%), a las enfermedades del aparato genitourinario (8,7%) y a las enfermedades respiratorias (8,2%).

Los capítulos de la CIE con menor porcentaje de exitus son los factores del estado de salud y contacto con los servicios sanitarios y las enfermedades musculoesqueléticas. Tienen también porcentajes muy bajos de altas por exitus las enfermedades del sistema nervioso y órganos sensoriales y los síntomas, signos y estados mal definidos.

Tabla 38: Distribución de exitus del área médica por capítulos CIE. 2000 a 2004

CAPÍTULO CIE	EPISODIOS	EXITUS	% EXITUS
1. Enf. infecciosas y parasitarias	16.997	1.519	8,9
2. Neoplasias	37.919	8.661	22,8
3. Enf. Endocrinas, nutrición e inmunidad	11.401	749	6,6
4. Enf. sangre y órg. hematopoyéticos	10.329	491	4,8
5. Trastornos mentales	5.741	218	3,8
6. Enf. sist. nervioso y órg. sensoriales	12.771	329	2,6
7. Enf. aparato circulatorio	137.385	9.005	6,6
8. Enf. aparato respiratorio	94.042	7.665	8,2
9. Enf. aparato digestivo	43.533	2.447	5,6
10. Enf. aparato genitourinario	11.621	1.006	8,7
12. Enf. piel y tejido subcutáneo	3.760	191	5,1
13. Enf. ap. musculoesquelético	7.654	93	1,2
14. Anomalías congénitas	1.370	143	10,4
16. Síntomas, signos y estados mal definidos	28.058	763	2,7
17. Lesiones y envenenamientos	11.720	493	4,2
Factores estado salud y contacto con serv.	17.135	94	0,5
TOTAL	451.436	33.867	7,5

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

En la tabla 38 podemos observar como las enfermedades del aparato circulatorio tienen una mortalidad hospitalaria relativamente baja, ocupan el sexto lugar con el 6,6% de altas por exitus.

Este porcentaje de exitus es igual al de las enfermedades endocrinas, menor que el de las enfermedades respiratorias y genitourinarias y algo superior al de las enfermedades digestivas.

Por sexos el porcentaje de altas por exitus es ligeramente mayor en mujeres que en hombres (Tabla 39).

Tabla 39: Distribución de exitus del área médica por sexo. 2000 a 2004

	EPISODIOS	EXITUS	% EXITUS
HOMBRES	259.628	19.065	7,3
MUJERES	191.963	14.781	7,7
TOTAL	451.591	33.846	7,5

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

El porcentaje de exitus, como cabría esperar, aumenta a medida que aumenta la edad de los pacientes.

Mientras que en menores de 15 años este porcentaje es del 0,2%, alcanza el 11,9% de los episodios en personas mayores de 74 años (Tabla 40).

El 6,6% de los episodios en menores de 65 años son alta por exitus, este porcentaje es del 6,4% en los pacientes de 65 a 74 años y, como decíamos, del 11,9% en mayores de 74 años.

El 60,9% del total de exitus se producen en pacientes de más de 74 años, el 21,4% en pacientes de 65 a 74 años, el 14,6% en pacientes de 45 a 64 años y tan solo el 3,1% del total de exitus en hospitalización corresponden a pacientes de menos de 45 años de edad.

Tabla 40: Distribución de exitus del área médica por grupos de edad. 2000 a 2004

	EPISODIOS	EXITUS	% EXITUS
< 15 AÑOS	1.320	2	0,2
15-44 AÑOS	58.055	1.068	1,8
45-64 AÑOS	106.554	4.940	4,6
65-74 AÑOS	112.571	7.234	6,4
> 74 AÑOS	173.091	20.603	11,9
TOTAL	451.591	33.847	7,5

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

5.1.13. PERFILES DE PRODUCCIÓN

En las tablas 41 y 42 se analizan conjuntamente una serie de indicadores que definen el perfil de producción de cada uno de los centros hospitalarios.

Estos indicadores tienen que ver con:

- los recursos de cada centro (el número de especialidades, el número de espe-

- cialistas o las camas funcionantes de hospitalización de cada centro),
- la diversidad de líneas de producción (número de GDRs diferentes) y
 - los resultados (estancia media, unidades de producción, peso medio o complejidad de la casuística y exitus de hospitalización).

Tabla 41. Indicadores de producción del área médica. Año 2000

HOSP.	ESPECIALIDADES		FACULTAT./1000 HAB		CAMAS/1000 HAB		EM		UPHs/1000 HAB		PM		GDR		EXITUS/100 EPIS	
	VALOR	ÍND	VALOR	ÍND	VALOR	ÍND	VALOR	ÍND	VALOR	ÍND	VALOR	ÍND	VALOR	ÍND	VALOR	ÍND
CHUJC	13	8,7	0,42	10,7	1,22	12,9	11,93	11,3	67,17	11,3	1,8437	10,4	414	7,5	6,20	8,3
FPHVX	4	2,7	0,11	2,8	0,81	8,6	7,29	6,9	45,08	7,6	1,5158	8,6	148	2,7	6,80	9,1
CHUS	15	10,0	0,55	14,1	1,13	12,0	10,80	10,2	65,62	11,1	1,8559	10,5	375	6,8	6,10	8,1
FPHB	4	2,7	0,25	6,4	0,62	6,6	8,10	7,7	26,56	4,5	1,7118	9,7	137	2,5	8,50	11,3
CHAM	13	8,7	0,29	7,4	0,61	6,5	10,35	9,8	35,94	6,1	1,6645	9,4	254	4,6	7,50	10,0
CHPO	13	8,7	0,34	8,7	0,65	6,9	9,62	9,1	43,68	7,4	1,7738	10,0	315	5,7	8,10	10,8
CHXCI	13	8,7	0,41	10,5	0,59	6,2	11,54	10,9	38,79	6,5	1,7537	9,9	310	5,6	7,30	9,7
HM	15	10,0	0,47	12,0	0,95	10,1	10,29	9,7	63,14	10,7	1,9557	11,1	293	5,3	8,80	11,7
POVISA	15	10,0	0,28	7,2	1,21	12,8	8,64	8,2	59,54	10,1	1,6001	9,1	285	5,2	9,00	12,0
CHOU	15	10,0	0,49	12,5	1,44	15,3	10,20	9,6	83,72	14,1	1,7366	9,8	356	6,5	8,70	11,6
HCV	5	3,3	0,33	8,4	0,76	8,0	8,88	8,4	66,29	11,2	1,5841	9,0	163	3,0	7,10	9,5
FPHV	5	3,3	0,20	5,1	1,13	12,0	7,40	7,0	66,77	11,3	1,5230	8,6	169	3,1	5,60	7,5
HCM	8	5,3	0,25	6,4	0,78	8,3	9,26	8,8	34,74	5,9	1,3822	7,8	157	2,9	11,90	15,9
CHXCa	14	9,3	0,41	10,5	1,36	14,4	11,72	11,1	78,50	13,3	1,7308	9,8	345	6,3	7,80	10,4
HC	10	6,7	0,24	6,1	0,42	4,4	9,70	9,2	29,77	5,0	1,7791	10,1	163	3,0	6,50	8,7
SERGAS	15	10,0	0,39	10,0	0,94	10,0	10,58	10,0	59,24	10,0	1,7660	10,0	550	10,0	7,51	10,0

Fuente: Elaboración propia

Tabla 42. Indicadores de producción del área médica. Año 2004

HOSP.	ESPECIALIDADES		FACULTAT./1000 HAB		CAMAS/1000 HAB		EM		UPHs/1000 HAB		PM		GDR		EXITUS	
	VALOR	ÍND	VALOR	ÍND	VALOR	ÍND	VALOR	ÍND	VALOR	ÍND	VALOR	ÍND	VALOR	ÍND	VALOR	ÍND
CHUJC	13	8,7	0,42	10,0	1,22	12,2	11,93	11,0	67,17	10,6	1,8437	10,1	414	7,4	6,20	8,2
FPHVX	4	2,7	0,11	2,6	0,81	8,1	7,29	6,8	45,08	7,1	1,5158	8,3	148	2,7	6,80	9,0
CHUS	15	10,0	0,55	13,1	1,13	11,3	10,80	10,0	65,62	10,3	1,8559	10,2	375	6,7	6,10	8,0
FPHB	4	2,7	0,25	5,9	0,62	6,2	8,10	7,5	26,56	4,2	1,7118	9,4	137	2,5	8,50	11,2
CHAM	13	8,7	0,29	6,9	0,61	6,1	10,35	9,6	35,94	5,6	1,6645	9,1	254	4,6	7,50	9,9
CHPO	13	8,7	0,34	8,1	0,65	6,5	9,62	8,9	43,68	6,9	1,7738	9,7	315	5,7	8,10	10,7
CHXCI	13	8,7	0,41	9,7	0,59	5,9	11,54	10,7	38,79	6,1	1,7537	9,6	310	5,6	7,30	9,6
HM	15	10,0	0,47	11,2	0,95	9,5	10,29	9,5	63,14	9,9	1,9557	10,7	293	5,3	8,80	11,6
POVISA	15	10,0	0,28	6,6	1,21	12,1	8,64	8,0	59,54	9,4	1,6001	8,8	285	5,1	9,00	11,9
CHOU	15	10,0	0,49	11,6	1,44	14,4	10,20	9,4	83,72	13,2	1,7366	9,5	356	6,4	8,70	11,5
HCV	5	3,3	0,33	7,8	0,76	7,6	8,88	8,2	66,29	10,4	1,5841	8,7	163	2,9	7,10	9,4
FPHV	5	3,3	0,20	4,7	1,13	11,3	7,40	6,9	66,77	10,5	1,5230	8,4	169	3,0	5,60	7,4
HCM	8	5,3	0,25	5,9	0,78	7,8	9,26	8,6	34,74	5,5	1,3822	7,6	157	2,8	11,90	15,7
CHXCa	14	9,3	0,41	9,7	1,36	13,6	11,72	10,9	78,50	12,3	1,7308	9,5	345	6,2	7,80	10,3
HC	10	6,7	0,24	5,7	0,42	4,2	9,70	9,0	29,77	4,7	1,7791	9,8	163	2,9	6,50	8,6
SERGAS	15	10,0	0,42	10,0	1,00	10,0	10,80	10,0	63,61	10,0	1,8229	10,0	556	10,0	7,59	10,0

Fuente: Elaboración propia

A partir de los datos recogidos en estas tablas se elaboran los perfiles de producción de cada centro en los años 2000 y 2004, primero y último del período estudiado, con el fin de conocer la evolución, las variaciones de los perfiles de producción en ese período de tiempo y compararlos con el global del Sergas.

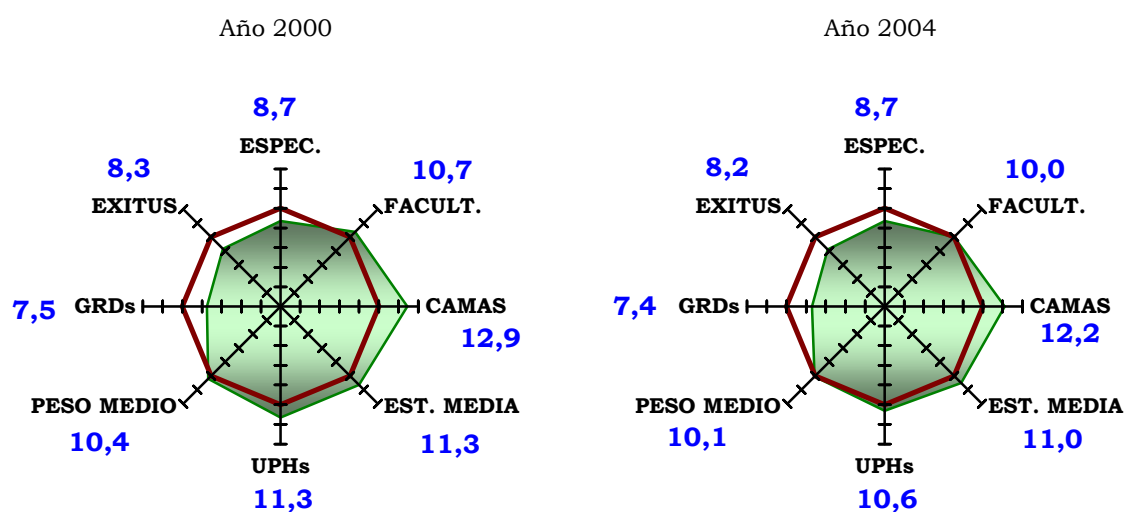


Gráfico 6. Perfil de producción. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo

El *perfil del C.H. Universitario Juan Canalejo* (Gráfico 6) abarca una amplia superficie como corresponde a un centro con un importante número de especialidades en el área médica.

En cuanto a recursos, el número de facultativos (tasa por mil habitantes) es similar al del global del Sergas mientras que el número de camas (tasa por mil habitantes) está más de dos puntos por encima. Ambos índices empeoran ligeramente en estos años.

La disminución del número de facultativos, del número de camas y de la complejidad de la casuística hacen que empeore ligeramente la producción en número de UPHs, a pesar de la mejora en la gestión de las camas con una pequeña disminución de la estancia media.

Es el centro con mayor variedad de líneas de producción del área médica, es decir, tiene el mayor número de GDRs diferentes. A pesar de esto, el índice de GDRs atendidos está por debajo del global del Sergas.

Es un centro de referencia para diversas patologías complejas para las áreas de

salud de Ferrol, Cervo-Burela y Lugo y tiene un volumen de exitus algo menor de lo que podría esperarse, la tasa de exitus está casi dos puntos por debajo de la del Sergas.

Es un centro con un perfil de producción irregular en solo tres variables, en el número de especialidades, en el volumen de exitus y en el de GDRs algo más bajos de lo que cabría esperar.

El *perfil de la F.P. Hospital Virxe da Xunqueira* (Gráfico 7) abarca una pequeña superficie como corresponde a un centro de nivel básico con un escaso número de especialidades en el área médica.

Se trata de un perfil en el que todos los indicadores están por debajo de la media del Sergas. Este hecho se corresponde con el tipo de hospital básico de que se trata.

Tres indicadores presentan unos valores muy bajos respecto al global del Sergas, el número de especialidades, el de facultativos y el número de líneas de producción. Esto hace que el perfil se muestre muy irregular, y dicha irregularidad se mantiene en los dos años analizados.

Se observa un descenso generalizado en la práctica totalidad de los indicadores en el año 2004 respecto al 2002.

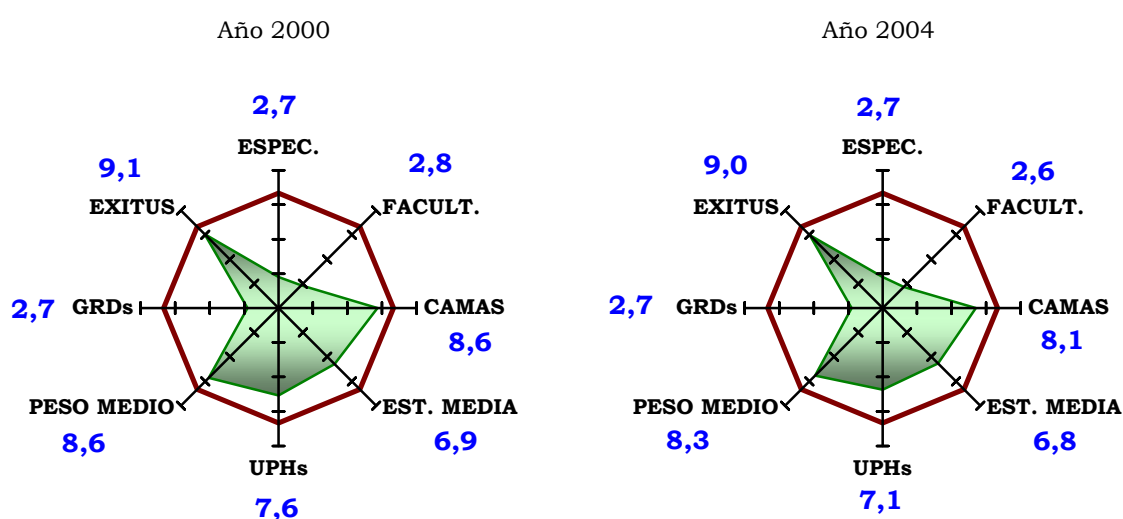


Gráfico 7. Perfil de producción. Fundación Pública Hospital Virxe da Xunqueira

El *perfil del C.H. Universitario de Santiago* (Gráfico 8) abarca una amplia super-

ficie como corresponde a un centro de referencia con un importante número de especialidades en el área médica.

El perfil coincide básicamente con el global del Sergas en estancia media, producción de UPHs y complejidad de la casuística, tanto en el año 2000 como en el 2004.

Dos indicadores, ambos relacionados con la dotación de recursos, tienen valor superior al global del Sergas, se trata del número de facultativos y del número de camas, aunque en ambos casos se observa que disminuyen en el año 2004 respecto al 2002.

El volumen de exitus y el número de líneas de producción (GDRs) están por debajo del global del Sergas.

Todos los indicadores disminuyen en el año 2004 respecto al 2002 salvo el número de especialidades que se mantiene.

La producción disminuye ligeramente a pesar del alto número de facultativos y de camas y de la ligera mejora en la gestión de camas como muestra el pequeño descenso en la estancia media.

Es un centro con un perfil de producción que mantiene su irregularidad en este período.

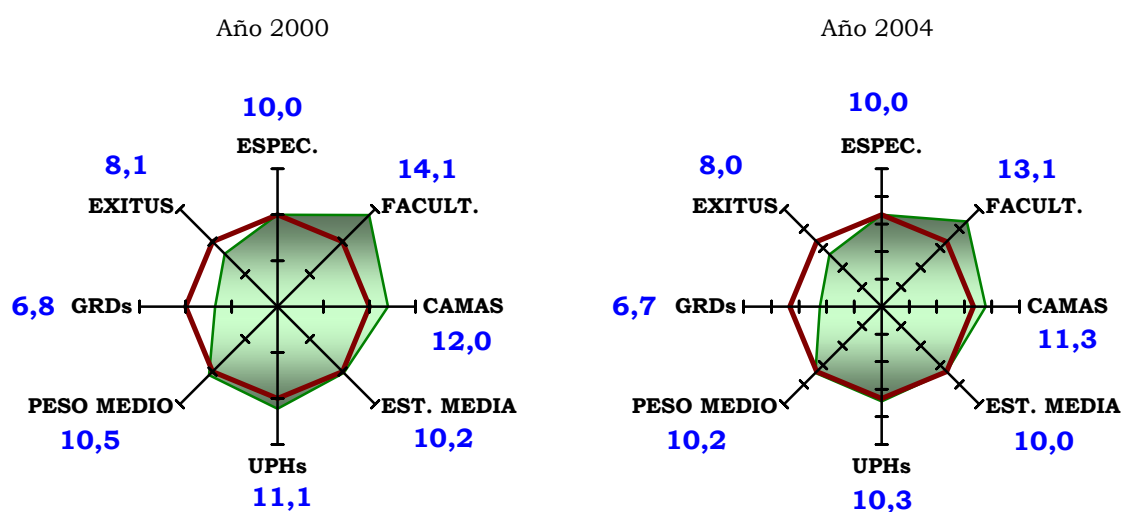


Gráfico 8. Perfil de producción. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago

El *perfil del F.P. Hospital da Barbanza* (Gráfico 9) abarca una pequeña superficie acorde con un centro de sus características que cuenta con las especialidades básicas del área médica.

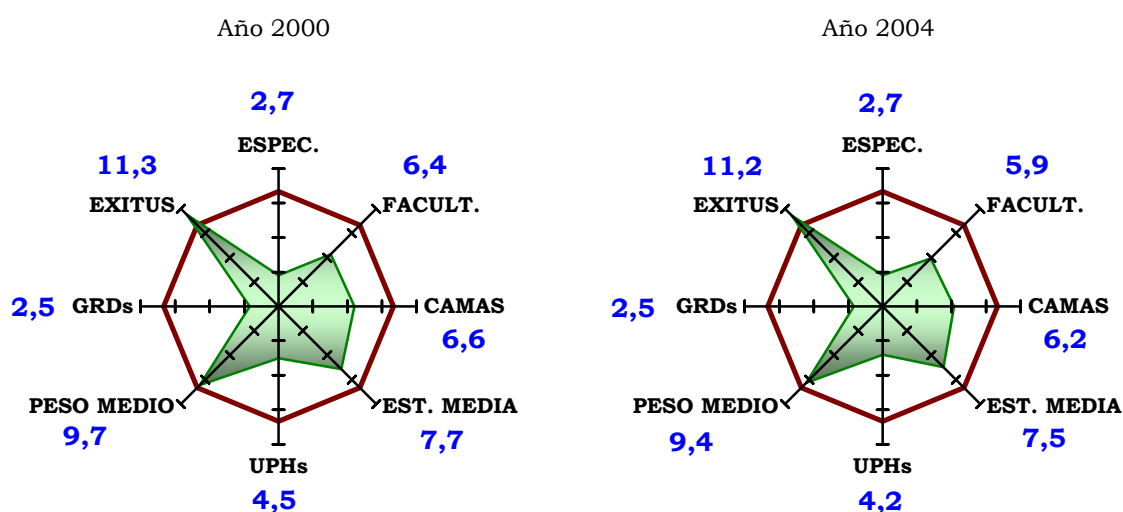


Gráfico 9. Perfil de producción. Fundación Pública Hospital do Barbanza

En relación a los recursos, el número de facultativos (tasa por mil habitantes) es bastante bajo, lo mismo que el número de camas (tasa por mil habitantes), y ambos empeoran de una forma muy importante en el año 2004 respecto al año 2000.

La gestión de camas es mejorable, la estancia media, a pesar de estar por debajo de la global del Sergas, es alta para el nivel del centro. Aunque mejora ligeramente en el año 2004, la producción sigue siendo muy baja.

Este centro tiene un número bajo de GDRs diferentes con episodios de hospitalización, como cabe esperar por su tipología.

La complejidad de la casuística y el volumen de exitus son los dos indicadores más altos, el peso medio algo inferior al global del Sergas mientras que los exitus lo sobrepasan.

Es un centro con un perfil de producción muy irregular. Seguramente lo más destacable son las tres variables que presentan las cifras más bajas, nos referimos al número de especialidades, al volumen de UPHs y al número de líneas de producción. El perfil del centro no cambia entre los años 2000 y 2004 y seis de los ocho indicadores disminuyen en este período.

El *perfil del C.H. Arquitecto Marcide* (Gráfico 10) abarca una superficie de tipo me-

dio como corresponde a un centro de sus características, no es un centro de referencia pero cuenta con un importante número de especialidades en el área médica.

Dos indicadores se sitúan en los valores globales del Sergas, se trata de la estancia media y del número de exitus, aunque en ambos se observa una disminución en el transcurso del periodo estudiado.

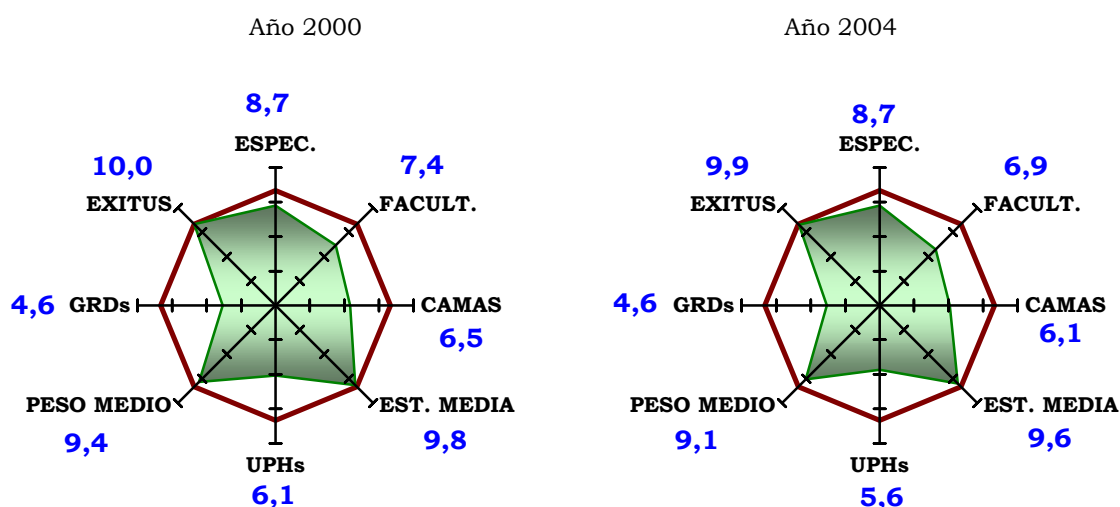


Gráfico 10. Perfil de producción. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcede

Otros dos indicadores se sitúan ligeramente por debajo del global del Sergas, el número de especialidades médicas y la complejidad de la casuística (peso medio). Este último disminuye ligeramente en el año 2004.

Los otros cuatro indicadores están bastante alejados del global del Sergas, se trata de dos indicadores de recursos, las tasa por mil habitantes de facultativos y de camas, y otros dos de producción, las UPHs y el número de líneas de producción (GDRs).

Es un centro con un perfil de producción ligeramente irregular, irregularidad que se manifiesta más en la producción.

El *perfil del C.H. de Pontevedra* (Gráfico 11) abarca una amplia superficie como corresponde a un centro con un importante número de especialidades en el área médica.

Dos indicadores están en la media del Sergas, la complejidad de la casuística

(peso medio) y la tasa de mortalidad hospitalaria (volumen de exitus por cien episodios).

Otros tres indicadores, el número de especialidades médicas, la tasa de facultativos por mil habitantes y la estancia media, están algo por debajo de los globales del Sergas

Finalmente tres indicadores, uno de dotación, la tasa de camas por mil habitantes, y dos de producción, el volumen de UPHs por mil habitantes y el número de líneas de producción (GRDs), tienen valores bastante más bajos de lo que podría esperarse.

Es un centro con un perfil de producción relativamente regular y que se mantiene a lo largo del tiempo, aunque seis de los ocho indicadores disminuyen en este período.

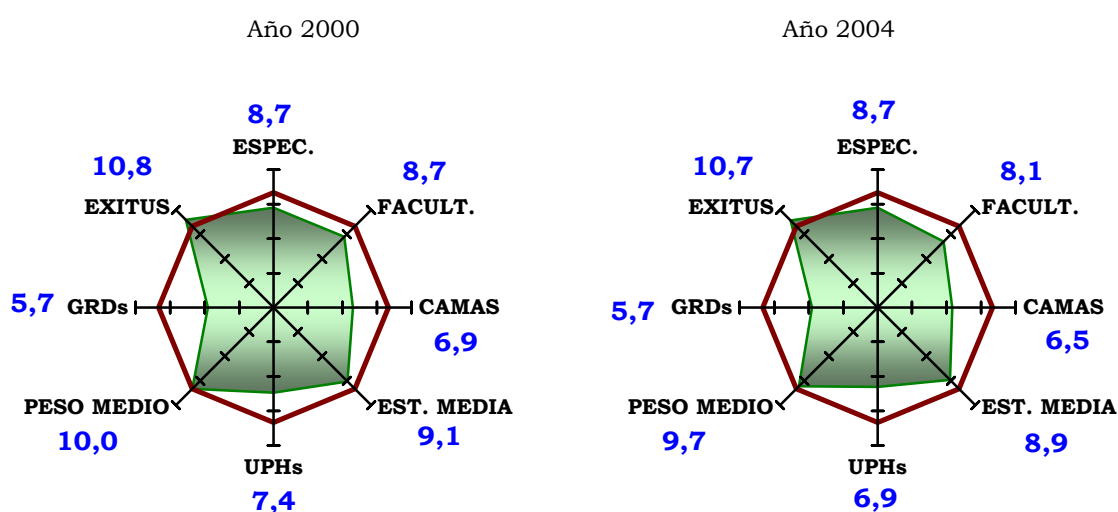


Gráfico 11. Perfil de producción. Complejo Hospitalario de Pontevedra

El perfil del C.H. Xeral-Cies de Vigo (Gráfico 12) abarca una superficie que se corresponde a un centro con un importante número de especialidades en el área médica.

Cuatro indicadores están en la media del Sergas o la superan, se trata de la tasa de facultativos por mil habitantes, la estancia media, la complejidad de la casuística (peso medio) y el porcentaje de exitus.

El indicador de número de especialidades está próximo a la media del Sergas,

aunque es algo inferior.

Son tres los indicadores que se alejan más del global del Sergas, uno de ellos de dotación, se trata de la dotación de camas (tasa de camas por mil habitantes), y otros dos de producción, las UPHs por mil habitantes y el número de líneas de producción (GDRs).

A pesar de que tanto los facultativos como la complejidad de la casuística tiene valores dentro de lo esperado, la baja producción puede deberse, por un lado, al escaso número de camas y, por otro, a la excesiva estancia media.

Precisamente son estos tres indicadores los que hacen irregular el perfil de este centro, tanto en el año 2000 como en el 2004.

Seis de los indicadores disminuyen en el año 2004 respecto al 2002, mientras que dos se mantienen, el número de especialidades y las líneas de producción (GDRs).

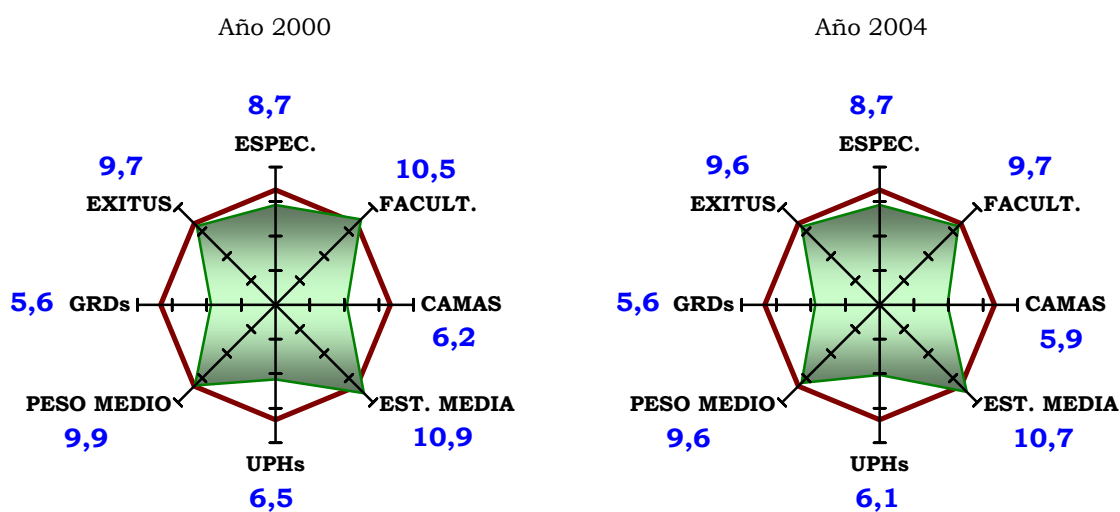


Gráfico 12. Perfil de producción. Complejo Hospitalario Xeral-Cies

El *perfil del Hospital Meixoeiro* (Gráfico 13) abarca una amplia superficie como corresponde a un centro con un importante número de especialidades en el área médica.

Es el centro que presenta un perfil de más amplia superficie, el más regular y el más similar al del global del Sergas.

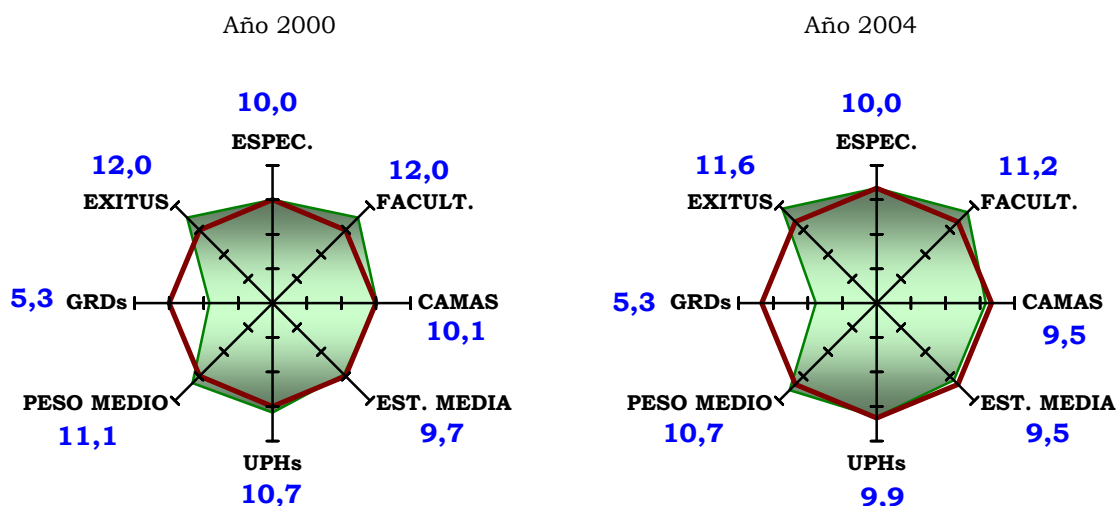


Gráfico 13. Perfil de producción. Hospital Meixoeiro

El indicador responsable de la irregularidad del perfil es el número de líneas de producción (GDRs).

Tres indicadores superan las cifras globales del Sergas, la tasa de facultativos por mil habitantes, la complejidad de la casuística y el porcentaje de exitus de hospitalización.

Otros cuatro indicadores se sitúan en la media del Sergas, el número de especialidades, la dotación de camas, la estancia media y la producción de UPHs. Los cuatro disminuyen ligeramente en el año 2004, llegando tres de ellos a situarse algo por debajo del global del Sergas.

El Meixoeiro es un centro de referencia para diversas patologías complejas para las áreas de salud de Pontevedra y Ourense, lo que hace que su complejidad aumente.

El *perfil del Policlínico Vigo, S.A.* (Gráfico 14) abarca una amplia superficie como corresponde a un centro con un importante número de especialidades en el área médica.

Dos indicadores superan lo esperado, la tasa de camas por mil habitantes y el porcentaje de exitus de hospitalización, ambos indicadores superan de forma clara la media del Sergas, lo hacen concretamente en dos puntos.

Otros dos indicadores se sitúan en las cifras globales del Sergas, el número de

especialidades con que cuenta el centro y el volumen de producción (UPHs por mil habitantes).

Finalmente tres indicadores alejan el perfil de la media del Sergas, el número de facultativos, la estancia media y las líneas de producción.

Posiblemente la producción se mantenga en niveles aceptables debido a la dotación de camas y a la buena gestión de las mismas, ya que la estancia media es algo mejor, más baja, que la media del Sergas.

Tan solo el número de especialidades se mantiene, ya que todos los demás indicadores disminuyen ligeramente en el año 2004.

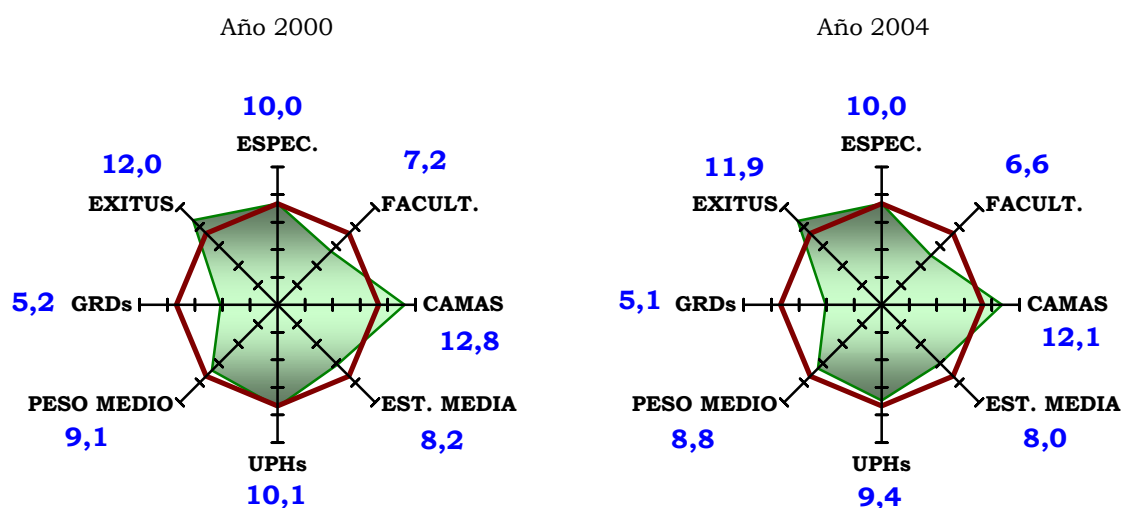


Gráfico 14. Perfil de producción. Policlínico Vigo, S.A. (Povisa)

El *perfil del C.H. de Ourense* (Gráfico 15) alcanza una amplia superficie como corresponde a un centro con un importante número de especialidades en el área médica.

Este centro presenta un perfil muy irregular tanto en el año 2000 como en el 2004.

Cuatro indicadores superan de forma clara la media del Sergas, dos de estos indicadores son de dotación de recursos, las tasa de facultativos y de camas funcionantes por mil habitantes, otro es de producción, el número de UPHs por mil habitantes, y finalmente es algo mayor de lo esperable el porcentaje de exitus de hospitalización.

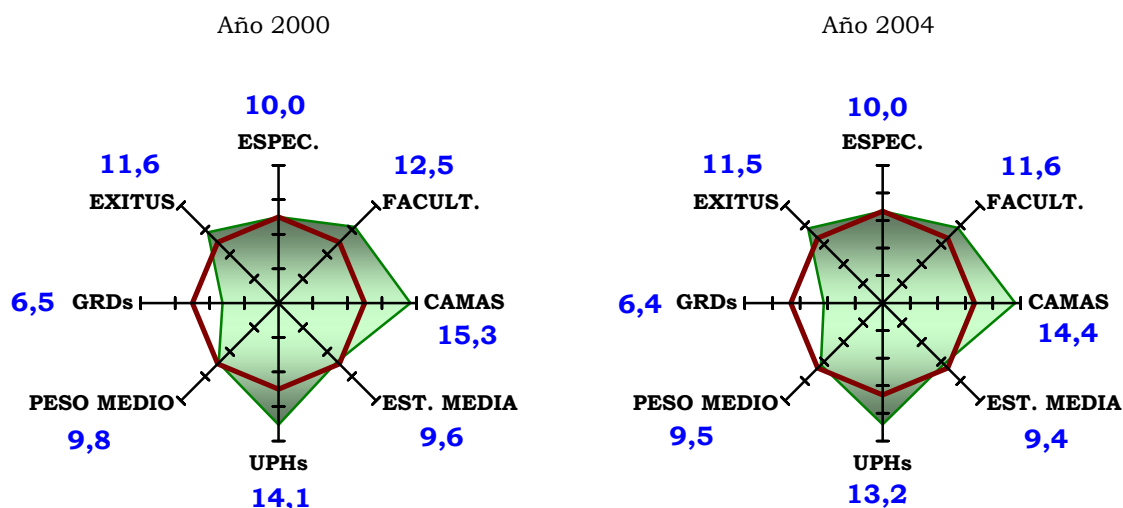


Gráfico 15. Perfil de producción. Complejo Hospitalario de Ourense

El buen comportamiento de la producción se debe, no solo a la dotación de recursos, sino también a la buena gestión de las camas como se observa por el buen dato de estancia media, menor que la media del Sergas.

El número de líneas de producción es algo menor de lo que cabría esperar, está más de tres puntos por debajo de la global del Sergas.

Los tres indicadores que más irregularidad proporcionan al perfil son las camas y las UPHs, con valores superiores a lo esperado, y los GRDs con el comportamiento contrario.

Todos los indicadores, excepto el número de especialidades, disminuyen a lo largo del período.

El *perfil del H. Comarcal de Valdeorras* (Gráfico 16) abarca una menor superficie como corresponde a un centro básico con un número limitado de especialidades en el área médica.

Cuatro indicadores tienen un valor próximo al global del Sergas, aunque todos ellos algo por debajo, la dotación de facultativos y de camas, la estancia media, la complejidad de la casuística y el porcentaje de exitus de hospitalización.

El volumen de producción (UPHs) es superior a lo esperado teniendo en cuenta la dotación de recursos (facultativos y camas), la gestión de dichas camas y la complejidad de la casuística.

Dos indicadores son los responsables del perfil irregular de este centro, el número de especialidades y el volumen de líneas de producción. Aunque ambos indicadores se corresponden con la tipología del centro.

Con excepción del número de especialidades, todos los demás indicadores disminuyen en el año 2004 respecto al 2000. Las mayores disminuciones corresponden al volumen de producción de UPHs (baja ocho décimas) y a la dotación de facultativos (baja seis décimas).

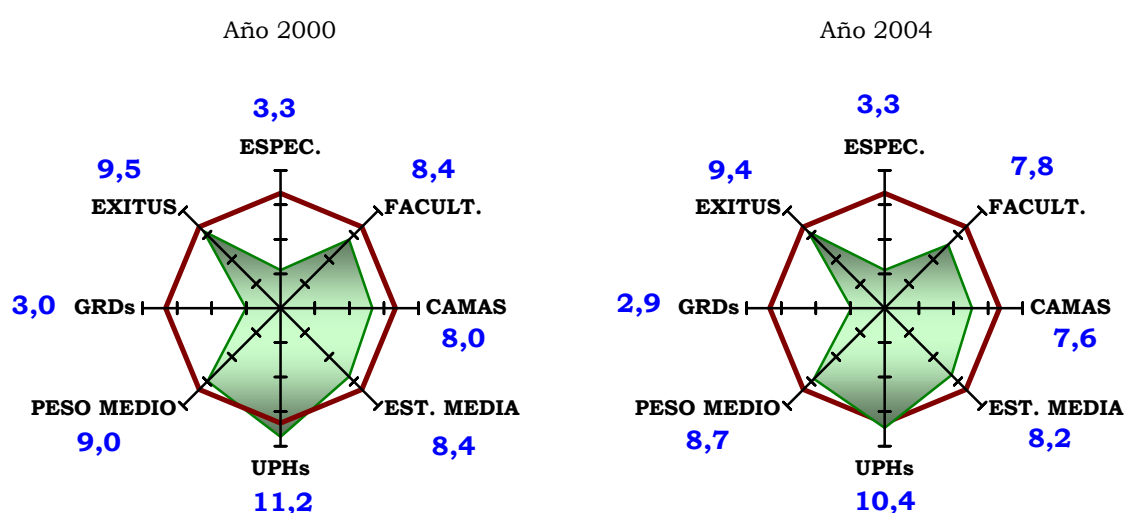


Gráfico 16. Perfil de producción. Hospital Comarcal de Valdeorras

El *perfil de la F.P. Hospital de Verín* (Gráfico 17) abarca una superficie como corresponde a un centro básico con un escaso número de especialidades en el área médica.

Es uno de los perfiles más irregulares de los hospitales de la red del Sergas, y dicha irregularidad se mantiene en el tiempo.

Dos indicadores superan de forma clara la media del Sergas, la dotación de camas y la producción. Seguramente esta producción se explica precisamente por la alta dotación de camas, por una complejidad cercana a la media del Sergas y por la baja estancia media. Ambos indicadores disminuyen ligeramente en el año 2004.

Los otros seis indicadores están por debajo de la media del Sergas. El más próximo al global del Sergas es la complejidad de la casuística, a mayor distancia están el porcentaje de exitus y la estancia media, y mucho más alejados el número de especialidades y las líneas de producción.

Como en los demás centros, todos los indicadores disminuyen a lo largo del período, con excepción del número de especialidades.

Los que bajan de manera más clara son el volumen de producción (UPHs por mil habitantes) (0,8 puntos), la dotación de camas funcionantes (camas por mil habitantes) (0,7 puntos) y la dotación de especialistas (0,4 puntos)

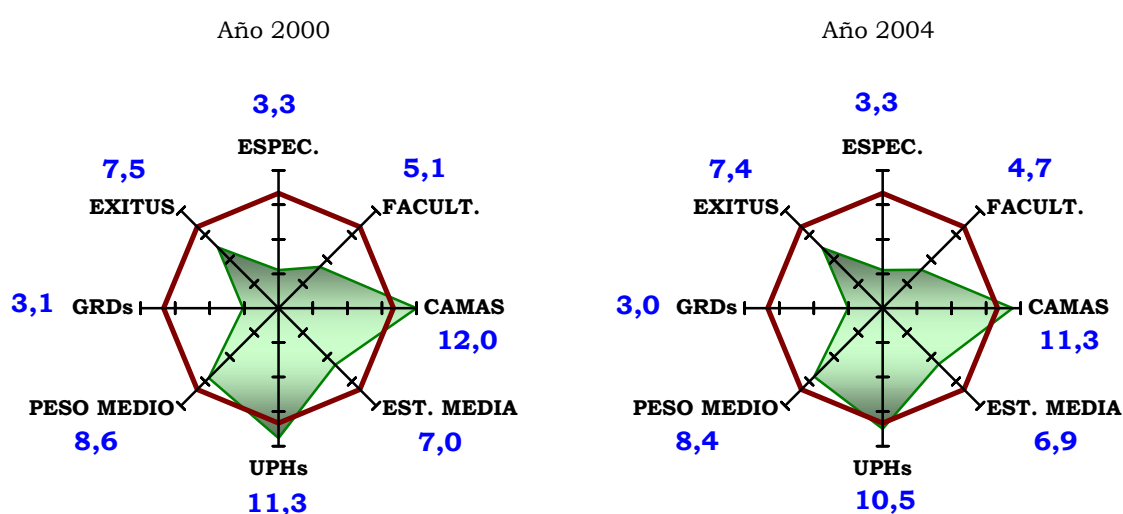


Gráfico 17. Perfil de producción. Fundación Pública Hospital de Verín

El *perfil del H. Comarcal de Monforte* (Gráfico 18) abarca una superficie pequeña acorde a un centro con un número reducido de especialidades en el área médica.

Es el centro que presenta el mayor volumen de exitus de toda la red del Sergas tanto en el año 2000 como en el 2004 y es precisamente este indicador el único que supera la media del global del Sergas.

Además del porcentaje de exitus, produce irregularidad importante del perfil el número de líneas de producción (GDRs).

Los demás indicadores se sitúan entre los 5,3 puntos correspondientes al número de especialidades y los cerca de nueve puntos de la estancia media.

La producción es más baja de lo esperado y no se corresponde con los valores de facultativos, camas y complejidad de la casuística, en función de las cifras de estos indicadores el volumen de UPHs debiera ser mayor.

El perfil se mantiene a lo largo de los cinco años, disminuyendo en este tiempo medio punto la dotación de recursos, tanto de facultativos como de camas funcionantes, y 0,4 puntos el volumen de producción.

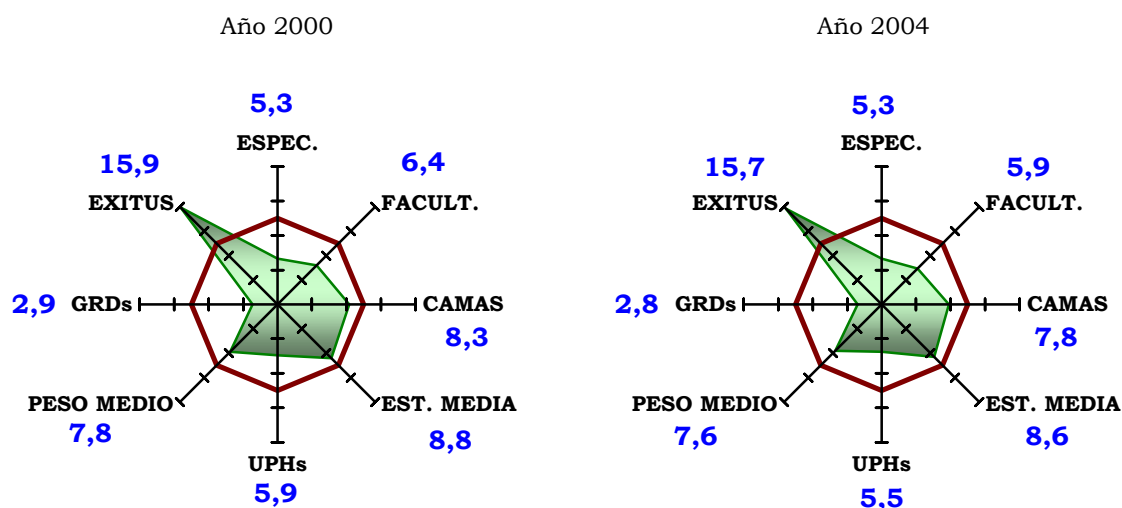


Gráfico 18. Perfil de producción. Hospital Comarcal de Monforte

El *perfil del C.H. Xeral-Calde de Lugo* (Gráfico 19) abarca una amplia superficie como corresponde a un centro de referencia para toda la provincia de Lugo, con un importante número de especialidades en el área médica.

En el año 2000 es el centro que presenta el perfil de mayor superficie, siete de los ocho indicadores están entorno a la media global del Sergas o la superan. Tan solo el número de GDRs queda por debajo. Respecto a la media global del Sergas:

- las cifras más altas corresponden a la dotación de camas funcionantes y a la producción de UPHs,
- la estancia media está también por encima de la media del Sergas,
- el número de facultativos y de exitus están en la media y
- tan solo el número de especialidades y la complejidad de la casuística quedan ligeramente por debajo.

En el año 2004, la superficie disminuye ligeramente por cuanto se observa una generalizada disminución del valor de los diferentes indicadores. Siguen estando por encima de la media global del Sergas la dotación de camas, la producción de

UPHs y la estancia media. Están en la media global del Sergas o muy próximos, el porcentaje de exitus, el número de especialidades y de facultativos y la complejidad de la casuística.

Al final del período estudiado, el indicador que presenta un mayor descenso es el volumen de producción (UPHs por mil habitantes) que baja un punto respecto al año 2000. Otros dos indicadores con importante descenso son los de dotación, las tasas de facultativos y de camas funcionantes, que bajan 0,8 puntos en ese período.

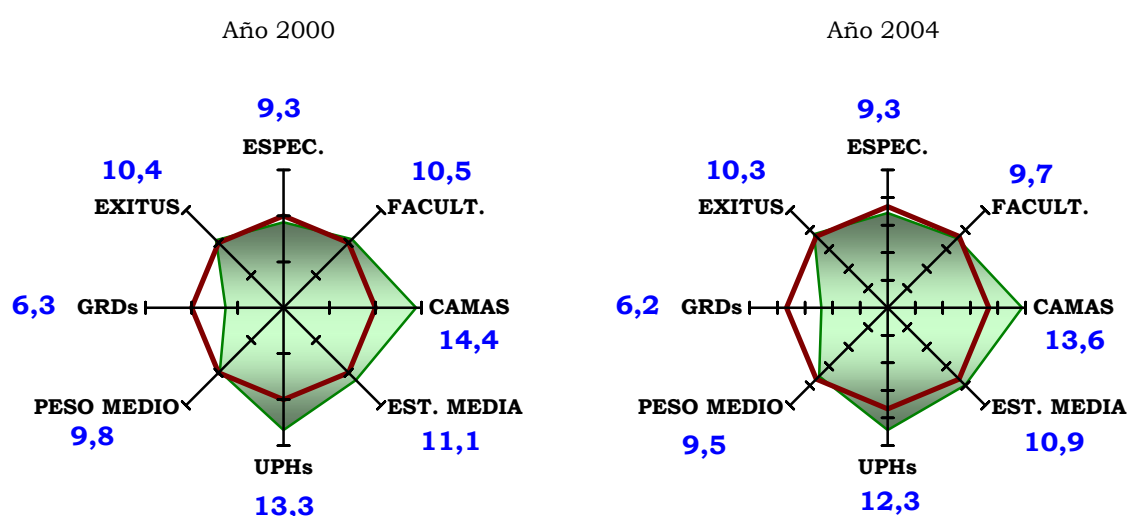


Gráfico 19. Perfil de producción. Complejo Hospitalario Xeral-Calde

El *perfil del Hospital da Costa* (Gráfico 20) abarca una superficie algo más reducida de lo que corresponde a un centro con un número de especialidades en el área médica que sobrepasa claramente a las de un centro comarcal.

En el año 2000 tan solo la complejidad de la casuística está en la media del Sergas, mientras que todos los demás indicadores quedan por debajo.

En el año 2004, en que se observa un descenso generalizado en el valor de los indicadores, no alcanzando el global del Sergas ningún indicador. Todos los descensos son ligeros, pudiendo destacarse los 0,4 puntos que baja la tasa de facultativos por 1000 habitantes y los 0,3 de la complejidad (peso medio) y del volumen de producción (UPHs por mil habitantes).

Los indicadores con menos valor corresponden a la dotación, tanto de personal facultativo como de camas funcionantes, al volumen de producción y, en mayor medida, al número de líneas de producción.

Los indicadores que más se aproximan al global del Sergas son la complejidad de la casuística (peso medio), la estancia media y el porcentaje de exitus de hospitalización.

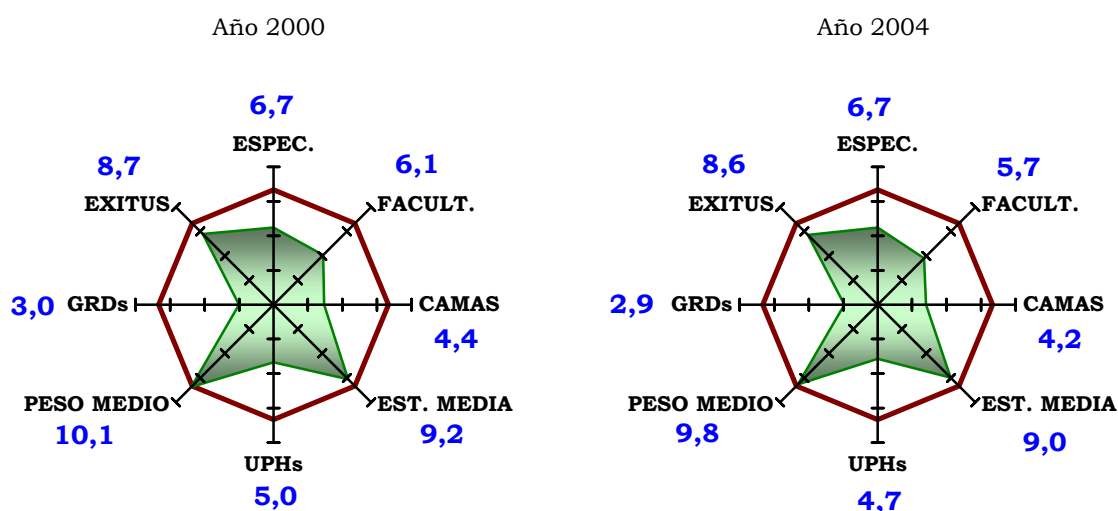


Gráfico 20. Perfil de producción. Hospital da Costa

5.1.14. FLUJOS DE PACIENTES

En la tabla 43 analizamos el flujo de la población que se hospitaliza en cada sector hospitalario, es decir, la “fidelidad” de la población con respecto al centro hospitalario que tiene asignado según su lugar de residencia (ver en el anexo IV la relación de municipios de cada sector hospitalario).

En el mapa 2 ofrecemos un resumen gráfico de los flujos de pacientes para hospitalización médica en los años 2000 a 2004.

Para establecer el flujo de la población para el ingreso en el área médica de cada hospital, determinamos en cada sector hospitalario el porcentaje de pacientes que es atendido en cada uno de los centros de la red hospitalaria del Sergas.

Uno de los problemas que se nos presenta en el estudio del flujo es la especial situación del municipio de Vigo. Los residentes en este municipio están asignados a tres centros hospitalarios, C.H. Xeral-Cíes, el Hospital Meixoeiro y el Policlínico Vigo S.A., en función del barrio en que residan. Por este motivo hemos analizado de forma diferenciada los ingresos de este municipio.

Del total de residentes en el sector de A Coruña que ingresan en el área médica en el período comprendido entre los años 2000 y 2004, el 98,95% lo hacen en el C.H. Universitario Juan Canalejo, es decir, tan solo el 1,05% del total de ingresos de residentes en este sector se hospitalizan en otro centro de la red del Sergas.

Tabla 43. Flujo de pacientes desde cada sector al área médica
Red de hospitales del Sergas 2000-2004

SECTOR DE RESIDENTES.	EPISODIOS DEL ÁREA MÉDICA EN LOS HOSPITALES DEL SERGAS. 2000-2004																TOTAL EP
	CHUJC	FPHVX	CHUS	FPHB	CHAM	CHPO	FPHS	CHXCI	HM	POVISA	CHOU	HCV	FPHV	HCM	CHXCa	HC	
S. A Coruña	98,95	0,06	0,60	0,01	0,10	0,02	0,01	0,03	0,04	0,00	0,04	0,01	0,00	0,01	0,08	0,03	75.590
S. Cee	26,90	70,02	2,98	0,00	0,02	0,01	0,00	0,00	0,03	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	8.885
S. Santiag	1,43	1,27	94,62	0,07	0,03	1,92	0,04	0,06	0,16	0,01	0,20	0,01	0,00	0,02	0,16	0,01	55.894
S. Barban	0,60	0,01	44,66	54,41	0,01	0,09	0,02	0,05	0,09	0,05	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	11.681
S. Ferrol	17,55	0,01	2,05	0,00	79,94	0,06	0,02	0,05	0,07	0,00	0,03	0,01	0,00	0,01	0,13	0,06	26.073
S. Pontev	1,03	0,00	2,01	0,01	0,01	93,23	0,22	0,77	2,44	0,14	0,08	0,00	0,01	0,01	0,04	0,01	29.235
S. Salnés	0,83	0,00	3,46	0,01	0,02	46,71	46,56	0,61	1,69	0,02	0,04	0,01	0,00	0,01	0,02	0,01	12.036
S. Vig-cent	1,28	0,00	0,70	0,00	0,02	0,70	0,02	87,99	7,62	1,62	0,00	0,00	0,00	0,02	0,02	0,00	4.438
Mun. Vigo	0,77	0,00	0,77	0,02	0,02	0,13	0,02	45,82	18,77	33,38	0,23	0,01	0,00	0,02	0,05	0,00	44.092
S. Vig-sur	0,69	0,00	0,63	0,01	0,00	0,08	0,02	5,62	92,17	0,64	0,11	0,00	0,01	0,01	0,02	0,00	18.541
S. Valmiñ	0,50	0,00	0,48	0,00	0,01	0,17	0,00	2,28	2,09	94,44	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	13.862
S. Ourens	0,99	0,00	1,12	0,00	0,02	0,06	0,01	0,22	1,99	0,02	95,41	0,03	0,07	0,01	0,03	0,00	59.014
S. Valdeor	0,88	0,00	1,08	0,00	0,00	0,02	0,00	0,14	1,54	0,01	19,76	74,66	1,78	0,05	0,08	0,00	9.916
S. Verín	0,81	0,00	0,60	0,00	0,00	0,05	0,01	0,04	1,44	0,01	22,22	1,22	73,60	0,00	0,00	0,00	8.289
S. Monfor	4,85	0,01	4,07	0,01	0,00	0,09	0,04	0,17	0,41	0,00	4,36	0,26	0,01	66,24	19,47	0,01	9.408
S. Lugo	4,52	0,00	1,81	0,00	0,08	0,02	0,01	0,02	0,03	0,00	0,03	0,01	0,00	0,06	93,34	0,07	53.300
S. Cervo-Bu	9,19	0,00	2,82	0,00	0,18	0,01	0,03	0,04	0,05	0,00	0,03	0,00	0,00	0,00	11,86	75,80	7.813
Ot. CCAA	25,26	1,27	12,89	1,45	3,24	10,27	1,52	5,89	2,55	0,00	11,75	2,41	2,24	1,83	14,27	3,17	2.902
Extranj.	17,55	1,92	27,64	0,96	5,77	10,10	1,68	10,82	5,05	0,00	8,41	0,24	1,44	0,00	7,45	0,96	416
Descon.	17,48	0,97	26,70	0,00	2,43	3,40	1,46	0,00	16,02	0,49	11,17	2,91	7,77	2,43	6,31	0,49	206
TOTAL EP	19,66	1,56	14,14	1,43	4,68	7,65	1,28	5,81	6,36	6,22	13,56	1,69	1,42	1,41	11,79	1,35	451.591

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

Los residentes en el sector de Cee ingresan básicamente en dos centros hospitalarios, en la propia F.P. Hospital Virxe da Xunqueira (70,02%) y, como centro de referencia, en el C.H. Universitario Juan Canalejo (26,90%). Cerca del 3% de los pacientes de este sector ingresan en el área médica del C.H. Universitario de Santiago.

El 94,62% de los residentes en el sector de Santiago que ingresan lo hacen en el C.H. Universitario de Santiago. Más del 1% ingresan en el C.H. Universitario Juan Canalejo, en la F.P. Hospital Virxe da Xunqueira, especialmente pacientes del municipio de Carnota, y en el C.H. de Pontevedra, principalmente pacientes residentes en la zona de Lalín y en el municipio de A Estrada.

Los residentes en Barbanza, al igual que ocurría en Cee, ingresan en dos centros,

por un lado en la propia F.P. Hospital da Barbanza (54,41%) y en su centro de referencia (44,66%), el C.H. Universitario de Santiago.

El 79,94% de los residentes en el área de Ferrol que ingresan lo hacen en el C.H. Arquitecto Marcide, mientras que el 17,55% lo hace en el C.H. Universitario Juan Canalejo y un 2,05% lo hace en el C.H. Universitario de Santiago.

Los residentes en el sector de Pontevedra tienen como referencia el C.H. de Pontevedra. Del total de ingresos de residentes de este sector el 93,23% lo hace en este centro, sin embargo más del 1% de los ingresos se distribuyen en otros tres centros, C.H. Universitario Juan Canalejo (1,03%), es referencia en quemados y lesionados medulares, en el C.H. Universitario de Santiago (2,01%) y en el Hospital Meixoeiro (2,44%).

Los residentes en el Salnés son los pacientes que se distribuyen entre más centros hospitalarios, menos de la mitad, y en porcentajes muy similares, ingresan en la F.P. Hospital do Salnés (46,56%) y en el C.H. de Pontevedra (46,71%), centro de referencia. Pero además un 3,46% lo hace en el C.H. Universitario de Santiago y un 1,69% en el Hospital Meixoeiro.

Los residentes en el sector Vigo-centro, tienen como hospital de referencia el C.H. Xeral-Cíes. El 87,99% de los ingresados en este sector lo hacen en ese centro hospitalario, el 7,62% en el Hospital Meixoeiro, el 1,62% en Povisa y el 1,28% en el C.H. Universitario Juan Canalejo.

Como decíamos anteriormente, los residentes en el municipio de Vigo están asignados a tres centros hospitalarios, este hecho se refleja muy claramente en el análisis del flujo de hospitalización, por cuanto el 45,82% de los ingresados lo hacen en el C.H. Xeral-Cíes, el 33,38% en Povisa y el 18,77% en el Hospital Meixoeiro.

El Hospital Meixoeiro cubre el sector Vigo-sur. El 92,17% de las personas de este sector que ingresan en el área médica lo hacen en este hospital, aunque un 5,62% lo hace en el C.H. Xeral-Cíes.

El sector Valmiñor está asignado a Povisa. El 94,44% de los pacientes ingresa en este centro, aunque más de un 2% lo hace en el C.H. Xeral-Cíes y en el Hospital Meixoeiro.

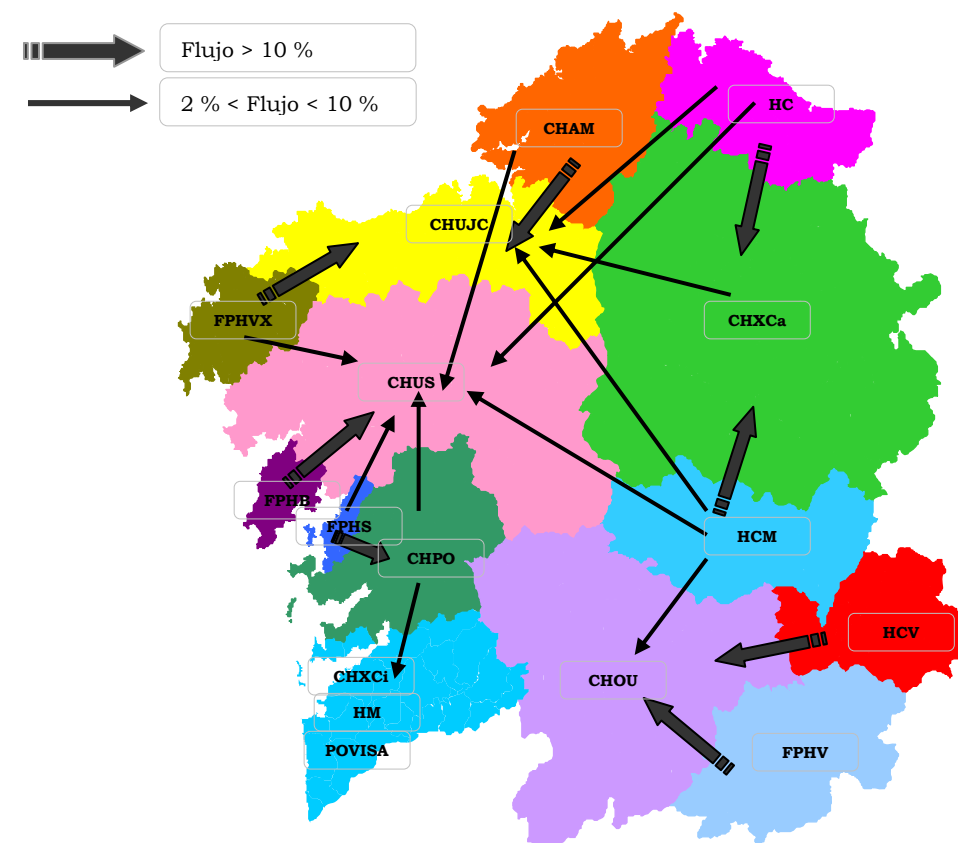
Los residentes en el sector de Ourense se hospitalizan mayoritariamente en el C.H. de Ourense (95,41%), aunque más del 1% lo hacen en el Hospital Meixoeiro y en el C.H. Universitario de Santiago.

Los residentes en el área de Valdeorras ingresan predominantemente en el H. Comarcal de Valdeorras (74,66%), aunque un porcentaje importante lo hace en el C.H. de Ourense como centro de referencia (19,76%) y un 1,78% en la F.P. Hos-

pital de Verín seguramente por la proximidad. Más del 1% de los residentes de esta área que ingresan lo hacen en el C.H. Universitario de Santiago y en el H. Meixoeiro.

Los residentes en Verín tienen un comportamiento, muy similar a los de Valdeorras, es decir, el mayor porcentaje en el centro del sector, la F.P. Hospital de Verín (73,60%), mientras que el 22,22% lo hace en el centro de referencia, el C.H. de Ourense, y el 1,22% en el H. Comarcal de Valdeorras. Más del 1% ingresa en el H. Meixoeiro.

Mapa 2. Flujo de pacientes desde cada sector al área médica
Red de hospitales del Sergas 2000-2004



Fuente: Elaboración propia

De los residentes del área de Monforte que necesitaron ingreso en el área médica, el 66,24% lo hicieron en el H. Comarcal de Monforte y el 19,47% en el C.H. Xeral-Calde. Sin embargo, más del 4% lo hacen en los complejos hospitalarios universitarios de Santiago y Juan Canalejo.

Los ingresos de los residentes en el área de Lugo se realizan de forma mayoritaria en el C.H. Xeral-Calde (93,34%), aunque más del 4% lo hace en el C.H. Universitario Juan Canalejo y más del 1% en el C.H. Universitario de Santiago.

Los residentes en Cervo-Burela cuando tiene que ingresar lo hacen en un 75,80% en el Hospital da Costa y un 11,86% en el C.H. Xeral-Calde. No obstante, más del 9% lo hace en el C.H. Universitario Juan Canalejo y más del 2% en el C.H. Universitario de Santiago.

5.1.15. ATRACCIÓN HOSPITALARIA

En la tabla 44 analizamos la atracción que cada centro sanitario del Sergas tiene sobre la población de cada sector hospitalario, es decir, el porcentaje de pacientes que cada hospital ingresa en el área médica según el sector de residencia de dichos pacientes.

Tabla 44. Atracción de pacientes por el área médica de cada hospital
Red de hospitales del Sergas 2000-2004

SECTOR DE RESIDEN	EPISODIOS DEL ÁREA MÉDICA EN LOS HOSPITALES DEL SERGAS. 2000-2004																TOTAL EP
	CHUJC	FPHVX	CHUS	FPHB	CHAM	CHPO	FPHS	CHXCI	HM	POVISA	CHOU	HCV	FPHV	HCM	CHXCa	HC	
S. A Coruña	84,24	0,67	0,72	0,17	0,37	0,05	0,09	0,07	0,11	0,00	0,04	0,10	0,05	0,13	0,12	0,31	75.590
S. Cee	2,69	88,52	0,42	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	8.885
S. Santiag	0,90	10,07	82,83	0,59	0,07	3,11	0,35	0,13	0,31	0,02	0,18	0,04	0,02	0,17	0,17	0,07	55.894
S. Barban	0,08	0,01	8,17	98,30	0,00	0,03	0,03	0,02	0,03	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	11.681
S. Ferrol	5,15	0,03	0,84	0,02	98,56	0,05	0,09	0,05	0,06	0,00	0,01	0,04	0,00	0,03	0,06	0,26	26.073
S. Pontevedra	0,34	0,00	0,92	0,03	0,01	78,93	1,09	0,86	2,49	0,14	0,04	0,00	0,05	0,05	0,02	0,03	29.235
S. Salnés	0,11	0,00	0,65	0,02	0,01	16,28	96,92	0,28	0,71	0,01	0,01	0,01	0,00	0,02	0,00	0,02	12.036
S. Vig-cent	0,06	0,00	0,05	0,00	0,00	0,09	0,02	14,89	1,18	0,26	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	4.438
Mun. Vigo	0,38	0,01	0,53	0,11	0,04	0,16	0,12	77,02	28,84	52,43	0,17	0,07	0,03	0,11	0,04	0,03	44.092
S. Vig-sur	0,14	0,00	0,18	0,03	0,00	0,04	0,05	3,97	59,55	0,42	0,03	0,00	0,02	0,02	0,01	0,00	18.541
S. Valmiñ	0,08	0,00	0,10	0,00	0,00	0,07	0,00	1,20	1,01	46,63	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	13.862
S. Ourens	0,66	0,00	1,04	0,02	0,05	0,11	0,14	0,50	4,10	0,05	91,94	0,26	0,67	0,09	0,04	0,00	59.014
S. Valdeor	0,10	0,00	0,17	0,00	0,00	0,01	0,00	0,05	0,53	0,00	3,20	96,78	2,76	0,08	0,02	0,00	9.916
S. Verín	0,08	0,00	0,08	0,00	0,00	0,01	0,02	0,01	0,41	0,00	3,01	1,32	95,03	0,00	0,00	0,00	8.289
S. Monfor	0,51	0,01	0,60	0,02	0,00	0,02	0,07	0,06	0,14	0,00	0,67	0,31	0,02	97,86	3,44	0,02	9.408
S. Lugo	2,71	0,00	1,51	0,00	0,20	0,03	0,05	0,05	0,06	0,00	0,03	0,04	0,02	0,52	93,48	0,62	53.300
S. Cervo-B	0,81	0,00	0,34	0,00	0,07	0,00	0,03	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,74	97,03	7.813
Ot. CCAA	0,83	0,53	0,59	0,65	0,44	0,86	0,76	0,65	0,26	0,00	0,56	0,92	1,01	0,83	0,78	1,51	2.902
Extranj.	0,08	0,11	0,18	0,06	0,11	0,12	0,12	0,17	0,07	0,00	0,06	0,01	0,09	0,00	0,06	0,07	416
Descon.	0,04	0,03	0,09	0,00	0,02	0,02	0,05	0,00	0,11	0,00	0,04	0,08	0,25	0,08	0,02	0,02	206
TOTAL EP	88.786	7.028	63.850	6.466	21.147	34.531	5.782	26.231	28.700	28.072	61.237	7.649	6.420	6.368	53.221	6.103	451.591

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

Los centros que ingresan más del 95% de los pacientes procedentes de su propio

sector son las fundaciones hospitalarias da Barbanza (98,80%), Salnés (96,92%) y Verín (95,08%), los hospitales comarcales de Valdeorras (96,78%) y Monforte (97,86%), el Hospital da Costa (97,08%) y el C.H. Arquitecto Marcide (98,56%).

Los complejos hospitalarios de Ourense y Xeral-Calde ingresan de su sector el 91,94% y el 93,48% del total de sus ingresos.

Más de un 15% de los ingresos del área médica del C.H. Universitario Juan Canalejo no proceden de su sector, lo mismo ocurre en el C.H. Universitario de Santiago en que este porcentaje alcanza el 17%.

La situación de la atracción hospitalaria en la zona sur de la provincia de Pontevedra es especial por la triple asignación que tiene la población del municipio de Vigo.

Si consideramos que los ingresos en cada uno de los centros procedentes del municipio de Vigo son de los barrios que cada uno tiene asignados, podríamos decir que el 91,91% de los ingresos del C.H. Xeral-Cies, el 88,39% de los del Hospital Meixoeiro y el 99,10% de los de Povisa residen en el sector que cada centro tiene asignado.

Un dato interesante lo ofrece la F.P. Hospital Virxe da Xunqueira que ingresa más de un 11% de los pacientes de fuera del sector que tiene asignado.

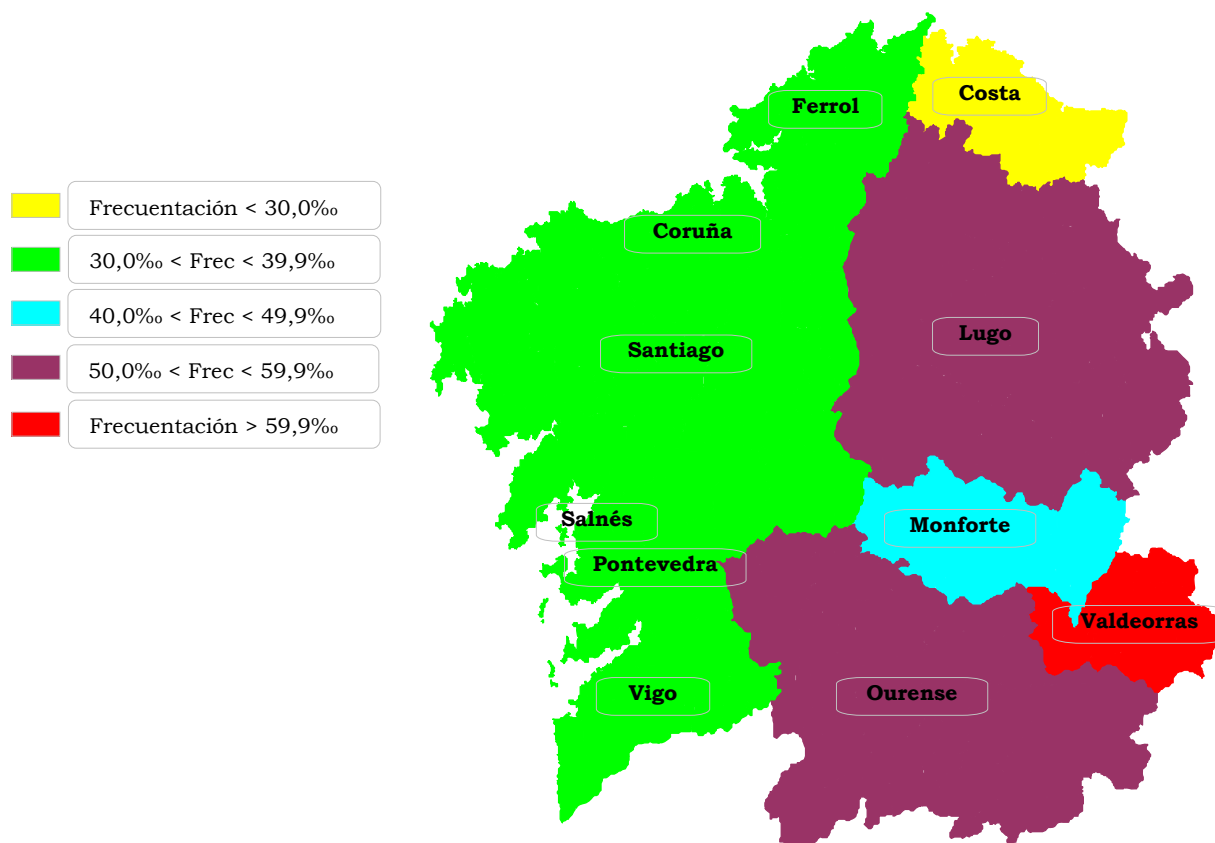
5.1.16. FRECUENTACIONES

La frecuentación hospitalaria relaciona el número de ingresos de una zona geográfica con la población de dicha zona, es decir, analiza el número de personas de un territorio que ha ingresado (Mapa 3).

Analizamos la frecuentación en cada una de las áreas sanitarias de Galicia, referida al área médica y a los años 2000 a 2004. La cifra que ofrecemos es la frecuentación media anual. Se han utilizado solo poblaciones adultas, es decir, mayores de 14 años.

Como se observa en el mapa la frecuentación es muy variable, las cifras extremas corresponden al área sanitaria de Cervo-Burela con una frecuentación del 24,60‰ y el área sanitaria de Valdeorras con 60,15‰.

Tienen frecuentaciones medias bajas las áreas de las dos provincias occidentales. Concretamente las áreas de Ferrol (30,10‰), A Coruña (37,04‰), Santiago (36,08‰), Pontevedra (30,53‰), Salnés (38,16‰) y Vigo (33,13‰). Monforte alcanza una frecuentación de 40,30‰.

Mapa 3. Frecuentación del área médica por área sanitaria. 2000-2004

Fuente: Elaboración propia

Presentan alta frecuentación, además del área de Valdeorras, las áreas de Lugo (54,16‰) y Ourense (51,73‰). Como quiera que la edad influye de manera muy importante en la frecuentación hospitalaria, hemos analizado las frecuentaciones medias anuales en pacientes de 15 a 64 años (Mapa 4) y en mayores de 64 años (Mapa 5)(Tabla 45 del anexo I).

En pacientes de 15 a 64 años la mayor frecuentación media anual le corresponde a los residentes en Santiago con 42,1‰. En el extremo contrario están los residentes en Ferrol que son los que menos frecuentan el área médica de la red de hospitales del Sergas entre 2000 y 2004 con un 6,3‰. Es decir que los residentes en Ferrol de 15 a 64 años de edad frecuentan siete veces menos la red de hospitales que los residentes en Santiago.

Tienen frecuentaciones altas los residentes en A Coruña, Lugo, Valdeorras y Ou-

rense.

La situación varía en mayores de 74 años de edad. La frecuentación es más alta en todas las áreas.

Siguen siendo los residentes en Ferrol los que menos frecuentan 29,0‰ y los que más los residentes en Santiago (184,0‰) y los de Valdeorras (141,9‰).

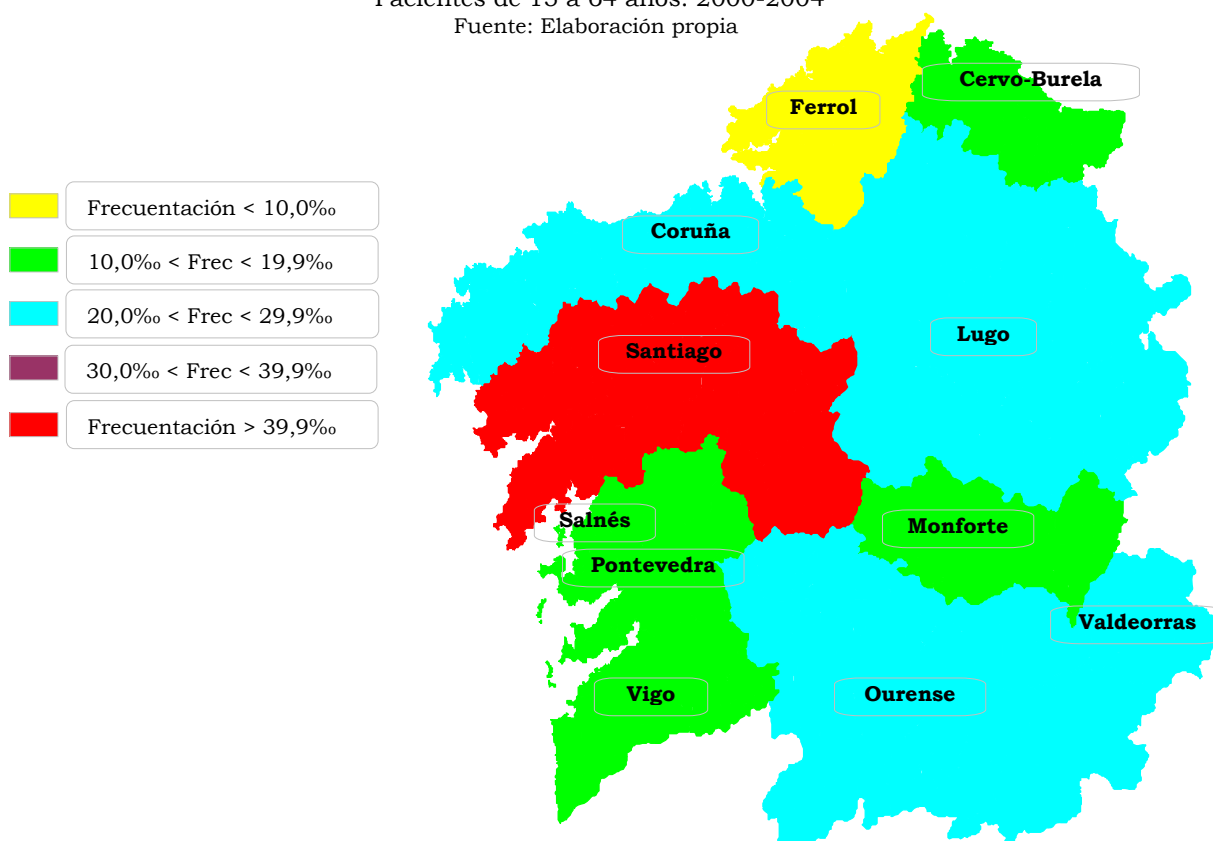
De nuevo las diferencias son enormes, los residentes en el área sanitaria de Santiago mayores de 64 años de edad frecuentan la red de hospitales del Sergas seis veces más que los residentes en Ferrol.

Tienen frecuentaciones por encima de 100 hospitalizaciones por mil habitantes las áreas de Lugo, Salnés, A Coruña, Ourense y Vigo.

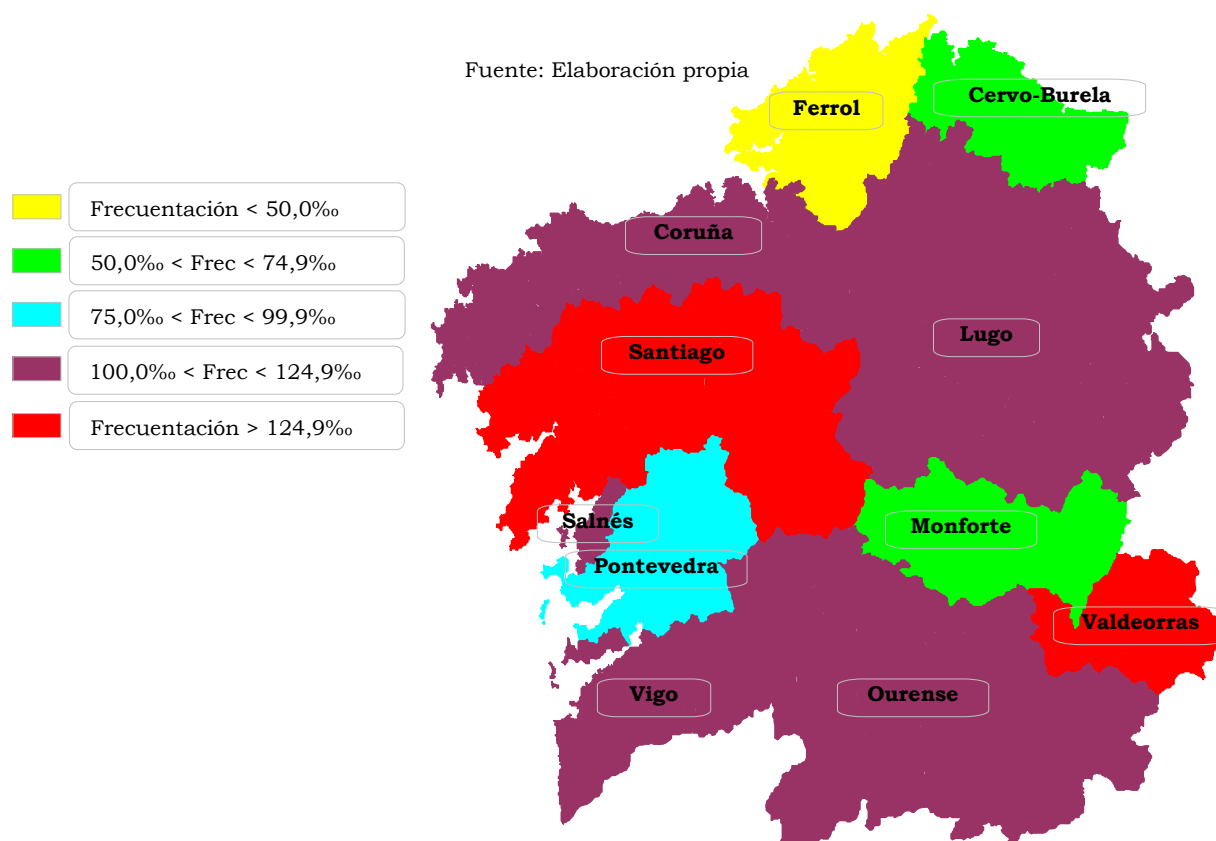
Mapa 4. Frecuentación del área médica por área sanitaria.

Pacientes de 15 a 64 años. 2000-2004

Fuente: Elaboración propia



Mapa 5. Frecuentación del área médica por área sanitaria.
Pacientes mayores de 64 años. 2000-2004



Los datos de frecuentación ofrecidos en estas páginas anteriores se refieren a episodios de hospitalización de los centros de la red del Sergas, sin embargo, debemos señalar que la frecuentación de cada área varía en función del volumen de episodios financiados por el Sergas que ingresan en los centros concertados.

Analizado el volumen de ingresos médicos en centros concertados por el Sergas, se observa que no llega al 8% de los ingresos de cada área sanitaria, salvo en el área de Ferrol donde supera el 30%.

La hospitalización en centros concertados, por tanto, apenas hace variar la frecuentación (menos de 3 puntos por mil habitantes) en la mayoría de las áreas sanitarias salvo en Ferrol, donde la frecuentación sube más de 10 puntos, pasando de 30,10‰ considerando solo los ingresos en la red del Sergas a más de 40‰.

5.2. COMPORTAMIENTO DE LOS GDRs

Los Grupos de Diagnósticos Relacionados agrupan los episodios de hospitalización, buscando un número de clases o grupos manejable, que los grupos se diferencien suficientemente entre sí y que la variabilidad dentro de cada uno de ellos sea la menor posible.

Para estudiar la variabilidad intragrupo se utiliza el coeficiente de variación, en el gráfico 21 se recogen los valores de este indicador.

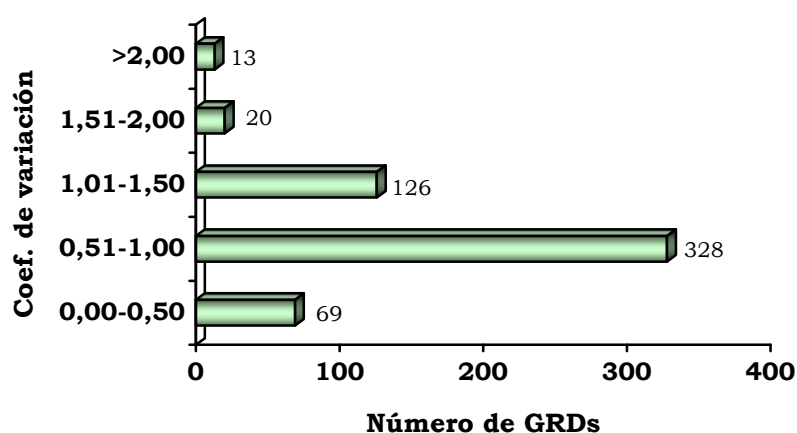


Gráfico 21. Variabilidad intragrupo Sergas

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

De los 556 GDRs diferentes con episodios de hospitalización del área médica entre los años 2000 y 2004, la inmensa mayoría (523, 94,1%) tienen un coeficiente de variación por debajo de 1,50.

Tan solo el 5,9% (33) de los GDRs con episodios de hospitalización, 33 GDRs, tienen una alta variabilidad intragrupo, la dispersión de las estancias de cada episodio es alta.

La situación por hospital no es homogénea ni siquiera al establecer comparaciones entre centros similares (Tabla 46).

Los centros con mayores porcentajes de GDRs con coeficientes de variación mayores de 1,5 son el C.H. Universitario Juan Canalejo (6,7%), el Policlínico Vigo, S.A. (2,6%) y el C.H. Universitario de Santiago (2,1%) (Tabla 46 y Gráfico 22 del anexo III).

Por el contrario en seis centros este porcentaje no alcanza el 1%, se trata de la F.P. Hospital Virxe da Xunqueira (0%), F.P. Hospital da Barbanza (0%), H. Comarcal de Valdeorras (0,4%), F.P. Hospital de Verín (0,4%), el C.H. de Ourense (0,7%) y el C.H. Arquitecto Marcide (0,9%).

Tabla 46: Número de GDR según coeficiente de variación.
Área médica 2000 a 2004

HOSPITAL	% DE GDRs POR COEFICIENTE DE VARIACIÓN					TOTAL GDRs
	0,00-0,50	0,51-1,00	1,01-1,50	1,51-2,00	> 2,00	
CHUJC	16,4	52,1	24,9	4,5	2,2	511
FPHVX	46,5	46,9	6,6	0,0	0,0	258
CHUS	24,2	57,4	16,4	1,3	0,8	476
FPHB	40,8	50,4	8,8	0,0	0,0	240
CHAM	28,5	61,7	8,9	0,3	0,6	347
CHPO	26,7	59,5	12,6	1,0	0,2	420
FPHS	34,1	44,2	20,2	1,5	0,0	267
CHXCI	28,0	59,7	11,1	1,0	0,2	404
HM	27,2	58,9	12,6	1,0	0,3	382
POVISA	30,5	55,4	11,5	2,3	0,3	390
CHOU	24,5	63,9	10,9	0,2	0,5	441
HCV	33,9	56,2	9,6	0,0	0,4	251
FPHV	42,6	51,9	5,1	0,4	0,0	237
HCM	41,1	44,3	13,0	1,6	0,0	246
CHXCa	22,6	62,6	13,0	1,2	0,7	430
HC	36,7	55,2	6,8	1,1	0,4	281
TOTAL	12,4	59,0	22,7	3,6	2,3	556

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

En seis de los 16 centros de la red del Sergas el porcentaje de GDRs con CV menor o igual a 1 supera el 90%, se trata de las F.P. Hospital Virxe da Xunqueira, Barbanza y Verín, el H. Comarcal de Valdeorras, el H. da Costa y el C.H. Arquitecto Marcide.

En otros ocho centros este porcentaje está entre el 80 y el 90%.

Solo dos centros tienen un porcentaje menor del 80% de los GDRs con coeficiente de variación menor o igual a 1, se trata del C.H. Universitario Juan Canalejo (68,5%) y curiosamente de la F.P. Hospital do Salnés (78,3%).

5.2.1. COMPORTAMIENTO DEL GDR 541

5.2.1.1. DATOS GENERALES

El GDR 541 trastornos respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con complicación mayor, representa el 8,4% de los episodios del área médica entre 2000 y 2004 y presenta una estancia media de 11,54 días.

El GDR 541 es un GDR médico que agrupa genéricamente los episodios de hospitalización por problemas respiratorios con complicación mayor o comorbilidad, quedan excluidas infecciones que se agrupan en el GDR 540 y la bronquitis y asma que se clasifican en el GDR 542 cuando no hay complicaciones.

Concretamente se clasifican en este GDR (Figura 3, página 81) los episodios que:

- ingresan por alguno de los diagnósticos principales recogidos en la tabla 20 del anexo I y que presentan alguna complicación mayor o comorbilidad recogida en la tabla 21 del anexo I o
- con la combinación de un procedimiento y alguno de los diagnósticos secundarios asociados de la tabla 22 del anexo I.

Tabla 47: Episodios por hospital. GDR 514: Tr respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con cc mayor. Área médica 2000 - 2004

	EPISODIOS	% EP	ESTANCIAS	% EST	EM
CHUJC	4.379	11,6	45.035	10,3	10,28
FPHVX	774	2,0	6.221	1,4	8,04
CHUS	5.769	15,3	74.233	17,0	12,87
FPHB	1.045	2,8	11.408	2,6	10,92
CHAM	1.812	4,8	23.860	5,5	13,17
CHPO	2.745	7,3	34.352	7,9	12,51
FPHS	840	2,2	8.969	2,1	10,68
CHXCi	1.192	3,2	15.785	3,6	13,24
HM	2.256	6,0	26.454	6,1	11,56
POVISA	2.362	6,3	22.817	5,2	9,66
CHOU	6.157	16,3	63.661	14,6	10,34
HCV	814	2,2	9.050	2,1	11,12
FPHV	1.353	3,6	11.910	2,7	8,8
HCM	190	0,5	1.979	0,5	10,42
CHXCa	5.837	15,5	77.143	17,7	13,22
HC	245	0,6	2.946	0,7	12,02
TOTAL	37.770	100,0	435.823	100,0	11,54

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

El esquema de clasificación de la CDM 4 de problemas respiratorios puede verse en la figura 4 del anexo II.

Cuatro hospitales atienden al 58% de todos los episodios de hospitalización del GDR 541, de los cuales los dos de las provincias orientales tienen los mayores porcentajes, el C.H. de Ourense (16,3%) y el C.H. Xeral-Calde (15,5%) (Tabla 47).

Los dos centros con porcentajes más bajos de ingreso de este GDR son el H. Comarcal de Monforte (0,5%) y el Hospital da Costa (0,6%).

Se trata de un proceso que se atiende en todos los hospitales, aunque con estancias medias diferentes, en este sentido tres hospitales presentan estancias medias por debajo de los 10 días, se trata de la F.P. Hospital Virxe da Xunqueira (8,04 días), Povisa (9,66 días) y la F.P. Hospital de Verín (8,80 días).

Tres centros tienen una estancia media superior a los 13 días, se trata del C.H. Arquitecto Marcide (13,17 días), el C.H. Xeral-Cies (13,24 días) y el C.H. Xeral-Calde (13,22 días).

5.2.1.2. FRECUENTACIONES

Hemos analizado la frecuentación media anual, es decir el número de episodios de hospitalización del GDR 541 en cada área sanitaria de la Comunidad Autónoma por 10.000 habitantes (Tabla 48 y Mapa 6). El análisis se realiza solo en población adulta, es decir, mayores de 14 años. Por este motivo se excluyen 7 casos de pacientes residentes en las áreas de Ferrol (1 episodio), Pontevedra (2), Vigo (3) y Lugo (1).

Tabla 48. Frecuentación del GDR 541: Tr. respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con cc mayor. Área médica 2000 - 2004

ÁREAS	ALTAS	
	Nº	FREC (º/000)
Ferrol	1.857	21,44
A Coruña	4.931	21,62
Santiago	6.913	36,91
Pontevedra	2.300	24,02
Salnés	1.203	38,14
Vigo	5.810	23,78
Ourense	7.356	56,54
Valdeorras	901	54,65
Monforte	293	12,55
Lugo	5.749	58,41
Cervo-Burela	257	8,09
Fuera CA	193	-
TOTAL	37.763	32,17

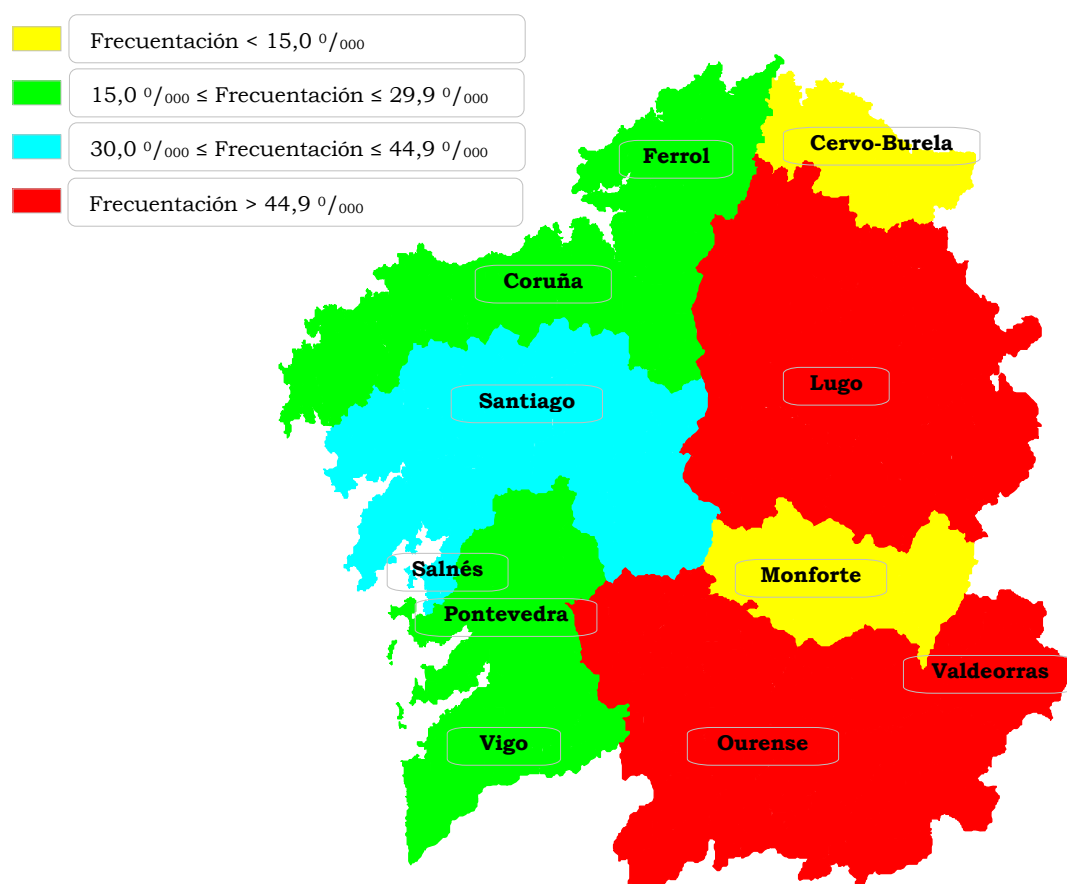
Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

Se observa que la frecuentación por problemas respiratorios clasificados en el GDR 541 varía entre 8,09 episodios por 10.000 habitantes en el área de Cervo-Burela y los 58,41 episodios por 10.000 habitantes en los residentes en el área de Lugo, es decir, una frecuentación en el área de Lugo siete veces mayor que en la limítrofe de Cervo-Burela.

Dos áreas tienen una frecuentación menor de 15 episodios por 10.000 habitantes (Cervo-Burela y Monforte), cuatro áreas entre 15 y 30 (Ferrol, A Coruña, Pontevedra y Vigo), dos áreas entre 30 y 45 (Santiago y Salnés) y tres áreas sanitarias tienen una frecuentación mayor de 45 por 10.000 habitantes, se trata de Ourense, Valdeorras y Lugo.

La cifra que más varía por los ingresos en centros concertados, como ya hemos señalado, es la de Ferrol, aunque sin salir de la franja asignada en el mapa 6.

Mapa 6. Frecuentación del GDR 541: Tr. respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con cc mayor. Área médica 2000 - 2004



Fuente: Elaboración propia

5.2.1.3. MOTIVOS DE INGRESO

En la tabla 49 se analizan los motivos concretos de ingreso en el hospital, es decir, el código principal de la CIE-9-MC.

Tabla 49: Distribución por motivo de ingreso. GDR 541: Tr. respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con cc mayor. Área médica 2000 - 2004

	CÓDIGO CIE-9-MC (%)													TOTAL EP
	491	486	481	494	162	519	415	493	518	492	485	197	515	
CHUJC	50,7	12,0	5,8	6,3	4,7	3,7	2,5	0,0	1,7	4,1	0,0	0,0	0,0	4.379
FPHVX	59,3	28,7	1,9	1,3	1,6	0,0	2,1	0,0	1,3	0,0	0,4	0,5	1,0	774
CHUS	45,8	27,8	1,7	6,2	4,0	2,9	2,8	0,0	1,6	1,0	0,0	1,0	0,0	5.769
FPHB	55,9	23,8	6,6	3,2	1,4	2,6	1,1	0,0	1,1	0,0	0,9	0,0	0,9	1.045
CHAM	46,4	19,3	3,9	5,6	7,6	2,6	2,3	0,0	1,5	0,0	0,0	1,4	2,6	1.812
CHPO	37,1	19,5	14,0	7,1	3,7	6,8	2,3	0,0	1,7	0,0	0,0	1,5	0,9	2.745
FPHS	45,2	22,6	1,5	5,6	2,9	5,0	2,1	2,1	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	840
CHXCi	38,8	14,8	7,3	6,6	5,6	4,8	3,6	0,3	0,0	0,0	0,0	0,2	3,2	1.192
HM	28,3	41,4	2,1	6,3	4,6	0,1	6,3	1,4	1,0	1,0	0,0	1,9	0,0	2.256
POVISA	58,5	11,3	5,6	4,4	5,5	3,6	1,3	0,0	0,0	1,5	1,2	1,6	0,0	2.362
CHOU	47,0	9,7	18,4	2,9	3,5	4,8	2,5	2,7	2,5	0,0	0,9	0,0	0,0	6.157
HCV	43,0	12,5	11,3	2,2	2,5	4,8	1,6	0,0	2,0	0,0	14,6	0,0	0,0	814
FPHV	46,6	27,8	0,0	2,4	1,0	1,3	0,5	12,4	0,0	0,0	6,4	0,3	0,0	1.353
HCM	37,4	44,7	0,0	0,0	4,7	1,1	1,6	0,0	4,7	0,0	0,0	0,5	1,6	190
CHXCa	64,8	8,4	9,1	1,7	1,4	3,0	1,4	3,0	0,0	1,6	0,0	0,0	0,0	5.837
HC	22,0	20,0	6,1	2,4	9,4	10,6	5,3	0,0	7,8	0,0	0,0	0,0	0,0	245
TOTAL	48,8	17,9	7,8	4,5	3,7	3,5	2,4	1,5	1,3	1,0	0,8	0,6	0,3	37.770

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

La bronquitis crónica (código CIE-9-MC 491) es, con diferencia, el principal motivo de ingreso en el hospital de los pacientes con GDR 541, representa el 48,8% de los episodios de este GDR en el global del Sergas, y varía entre el 28,3% del Hospital Meixoeiro y el 64,8% en el C.H. Xeral-Calde. Cuando no existen complicaciones van al GDR 542.

Tan solo en dos hospitales, el Hospital Meixoeiro (41,4%) y el Hospital Comarcal de Monforte (44,7%), el motivo de ingreso más frecuente es la neumonía. Cuando no existen complicaciones van al GDR 540.

En el hospital da Costa, la neumonía es la primera causa de ingreso, si se contabilizan las que no se especifica el organismo responsable (código 486) y la neumocócica (código 481), que suponen el 26,1% de todos los ingresos del GDR 541.

En el conjunto del Sergas la neumonía supone el 25,7% del total de ingresos del GDR 541.

Otros motivos de ingreso mucho menos frecuentes son las bronquiectasias (código 494), la neoplasia maligna de tráquea, bronquios y pulmón (código 162), otras enfermedades del aparato respiratorio (519), la enfermedad cardiopulmonar aguda (415) y el asma (código 493).

5.2.1.4. DISTRIBUCIÓN DE LA DURACIÓN DE LA ESTANCIA

La distribución de los días de duración de la estancia en el hospital de este GDR, en el conjunto de hospitales del Sergas, gráfico 23, es bastante homogénea. Es una distribución con la rama izquierda más alargada, el mayor número de casos corresponde a una duración de la estancia de 7 días, aunque por ser la rama izquierda más prolongada la estancia media se sitúa en los 11,54 días. En el gráfico 24 del anexo III ofrecemos la distribución de la duración de la estancia de este GDR para cada hospital.

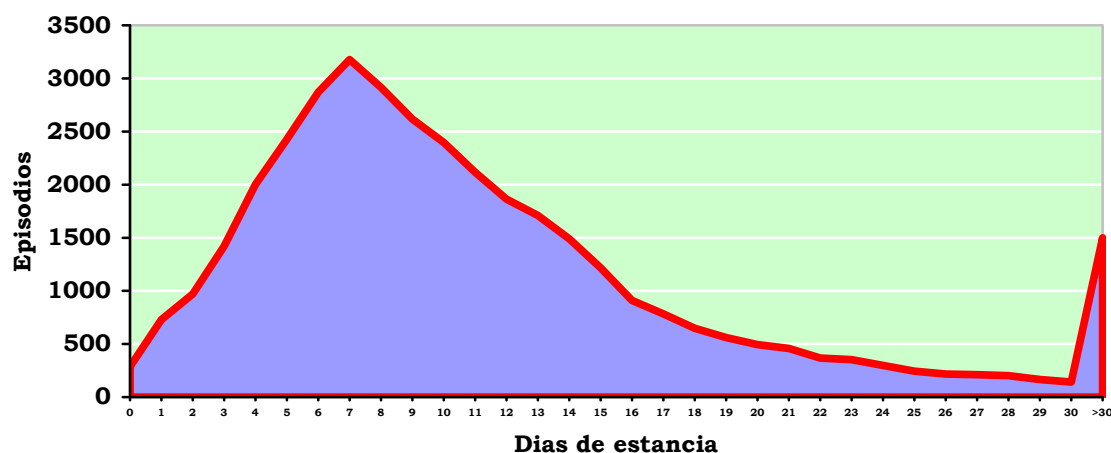


Gráfico 23. Duración de la estancia. GDR 541: Tr. respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con cc mayor. Área médica 2000 - 2004

EPISODIOS	37.770
ESTANCIA MEDIA BRUTA	11,54 días
COEFICIENTE DE VARIACIÓN BRUTO	0,82
PUNTO DE CORTE SUPERIOR	23,54
EPISODIOS EXTREMOS	2.982 (7,9%)
ESTANCIA MEDIA CORREGIDA	8,90 días
COEFICIENTE DE VARIACIÓN CORREGIDO	0,53

La dispersión de los episodios por duración de la estancia, medida como coefi-

ciente de variación, es de 0,82.

5.2.1.5. PUNTOS DE CORTE

Tomamos como casos extremos los que sobrepasan el punto de corte. Son aquellos que tienen una duración de la estancia igual o superior a la estancia media más 1,5 veces la diferencia intercuartil, es decir, la diferencia entre la duración de la estancias de los episodios que ocupan las posiciones correspondientes al cuartil 3 y al cuartil 1 [**punto de corte = EM + (1,5 x (Q3 - Q1))**]. El punto de corte es 23,54 días, de esta forma nos encontramos con que el 7,9% de todos los episodios de este GDR son casos extremos, concretamente 2.982 episodios.

Si recalculamos la estancia media y el coeficiente de variación excluyendo los casos extremos, obtenemos una estancia media corregida de 8,90 días y un coeficiente de variación de 0,53. Consideramos por tanto la distribución de la duración de la estancia como muy regular.

En la tabla 50 ofrecemos los datos del comportamiento de la duración de la estancia hospitalaria del GDR 541 en cada uno de los hospitales del Sergas.

Tabla 50: Estancia media. GDR 541: Tr. respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con cc mayor. Área médica 2000 - 2004

	EM BRUTA	CV BRUTO	PUNTO DE CORTE	% EPISODIOS EXTREMOS	EM CORREGIDA	CV CORREGIDO
CHUJC	10,28	1,12	20,78	8,9	7,65	0,55
FPHVX	8,04	0,85	17,04	6,5	6,72	0,54
CHUS	12,87	0,77	24,87	9,0	10,53	0,49
FPHB	10,92	0,82	21,42	8,3	8,96	0,50
CHAM	13,17	0,78	26,67	7,8	11,19	0,53
CHPO	12,51	0,75	24,51	8,6	10,47	0,49
FPHS	10,68	0,81	21,18	9,0	8,66	0,53
CHXCI	13,42	0,74	26,92	8,3	11,24	0,51
HM	11,56	0,77	23,56	8,9	9,43	0,55
POVISA	9,66	0,77	18,66	7,7	8,19	0,47
CHOU	10,34	0,76	20,84	8,0	8,63	0,52
HCV	11,12	0,87	23,12	7,0	9,09	0,56
FPHV	8,80	0,72	16,30	7,8	7,52	0,44
HCM	10,42	0,98	25,42	4,7	8,75	0,67
CHXCa	13,22	0,74	25,22	8,9	11,28	0,46
HC	12,02	0,66	24,02	7,3	10,56	0,48
TOTAL	11,54	0,82	23,54	7,9	8,90	0,53

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

El centro con mayor dispersión de la duración de la estancia es el C.H. Universitario Juan Canalejo (coeficiente de variación de 1,12), por el contrario el hospital con menor dispersión es el Hospital da Costa (coeficiente de variación de 0,66).

Los puntos de corte más altos corresponden al C.H. Xeral-Cíes (26,92 días), C.H. Arquitecto Marcide (26,67 días), Hospital Comarcal de Monforte (25,42 días) y al C.H. Xeral-Calde (25,22 días). Los puntos de corte más bajos son los de la F.P. Hospital de Verín (16,30 días), F.P. Hospital Virxe da Xunqueira (17,04 días) y Povisa (18,66 días).

Los mayores porcentajes de casos extremos corresponden a la F.P. Hospital do Salnés (el 9% de los episodios del GDR 541 son casos extremos), al C.H. Universitario de Santiago (9%), al C.H. Universitario Juan Canalejo (8,9%), al Hospital Meixoeiro (8,9%) y al C.H. Xeral-Calde (8,9%). El porcentaje menor de casos extremos corresponde al Hospital Comarcal de Monforte (4,7%).

Como decíamos, la estancia media corregida es de 8,90 días, sin embargo tres centros siguen presentando una estancia media corregida de más de 11 días, se trata del C.H. Xeral-Calde (11,28 días), del C.H. Xeral-Cíes (11,24 días) y del C.H. Arquitecto Marcide (11,19 días), y otros tres centros superior a 10 días, el Hospital da Costa (10,56 días), el C.H. Universitario de Santiago (10,53 días) y el C.H. de Pontevedra (10,47 días).

Los coeficientes de variación corregidos alcanzan unas cifras muy aceptables en todos los centros, es decir, sin casos extremos la dispersión de la duración de la estancia es baja. Todos los coeficientes de variación corregidos están entre 0,44 (F.P. Hospital de Verín) y 0,67 (Hospital Comarcal de Monforte).

5.2.1.6. DISTRIBUCIÓN DE EPISODIOS POR GRUPOS DE EDAD

Más de la mitad de los episodios del GDR 541 (55,5%) son pacientes mayores de 74 años (Tabla 51) y el 82,4% son mayores de 64 años.

Las cifras más altas de pacientes mayores de 74 años las presentan el Hospital Comarcal de Valdeorras (el 70,3% de todos los pacientes del GDR 541 son mayores de esta edad), la F.P. Hospital de Verín (67,8%), el C.H. Xeral-Calde (64,2%) y el C.H. de Ourense (63,6%).

En la F.P. Hospital de Verín más del 91% de los pacientes que se clasifican en este GDR tienen más de 64 años de edad, este porcentaje es también alto en el C.H. Xeral-Calde (89,3%), en el Hospital Comarcal de Valdeorras (88,9%) y en la F.P. Hospital Virxe da Xunqueira (88,1%).

Excluyendo los siete casos de menores de 15 años, la estancia media tiene

tendencia a aumentar con la edad, desde los 10,20 días en los pacientes de 15 a 44 años hasta los 11,74 días de los mayores de 74.

Tabla 51: Estancia media por grupos de edad. GDR 541: Tr. respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con cc mayor. Área médica 2000 - 2004

	< 15		15-44		45-64		65-74		>74		TOTAL	
	% EP	EM	% EP	EM	% EP	EM	% EP	EM	% EP	EM	Nº EP	EM
CHUJC	0,0	-	4,0	10,71	21,4	10,17	30,0	10,56	44,6	10,11	4.379	10,28
FPHVX	0,0	-	1,2	6,22	10,7	7,49	29,2	8,42	58,9	7,98	774	8,04
CHUS	0,0	-	3,8	10,25	16,3	11,39	30,0	13,47	49,9	13,19	5.769	12,87
FPHB	0,0	-	1,8	9,63	14,9	8,92	28,4	10,32	54,8	11,81	1.045	10,92
CHAM	0,1	7,00	3,8	9,88	17,1	12,53	31,5	14,13	47,6	13,03	1.812	13,17
CHPO	0,1	5,50	5,0	11,34	16,3	11,67	25,1	12,59	53,6	12,85	2.745	12,51
FPHS	0,0	-	1,9	6,38	11,4	8,06	28,9	10,07	57,7	11,64	840	10,68
CHXCI	0,2	19,00	6,5	11,96	21,1	13,84	30,5	13,83	41,7	13,13	1.192	13,42
HM	0,0	29,00	4,3	9,91	14,0	11,52	26,5	11,43	55,2	11,75	2.256	11,56
POVISA	0,0	-	4,2	9,63	16,2	9,56	30,0	9,42	49,6	9,84	2.362	9,66
CHOU	0,0	-	1,9	9,89	12,2	9,65	22,3	10,36	63,6	10,48	6.157	10,34
HCV	0,0	-	2,0	7,19	9,1	9,54	18,7	10,03	70,3	11,72	814	11,12
FPHV	0,0	-	0,4	10,00	7,8	7,46	24,0	8,58	67,8	9,03	1.353	8,8
HCM	0,0	-	2,6	6,40	15,3	8,66	23,7	10,60	58,4	10,98	190	10,42
CHXCa	0,0	10,00	0,8	8,27	9,9	11,67	25,2	13,22	64,2	13,51	5.837	13,22
HC	0,0	-	2,0	7,60	22,0	13,17	28,2	11,45	47,8	12,03	245	12,02
TOTAL	0,0	13,57	2,9	10,20	14,6	10,37	26,9	11,70	55,5	11,74	37.770	11,54

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

Sin embargo algún centro hospitalario se aparta de este comportamiento. Queremos destacar en este sentido al C.H. Universitario Juan Canalejo en el que la estancia media se mantiene con escasas variaciones, e incluso con una cierta tendencia a disminuir a medida que aumenta la edad, pasando de 10,71 días en pacientes de 15 a 44 años a 10,11 días en mayores de 74.

Povisa mantiene también estancias medias muy constantes sin apenas variación con la edad.

5.2.1.7. DISTRIBUCIÓN DE EPISODIOS POR SEXO

Con respecto a la distribución por sexos (Tabla 52) más de dos terceras partes de los episodios del GDR 541 corresponden a varones (69,0%). Esta situación es similar en todos los hospitales aunque con algunas variaciones en los porcentajes, los centros con menores porcentajes de varones son el C.H. de Pontevedra (61,7%) y la F.P. Hospital de Verín (62,4%).

En el global del Sergas la estancia media es medio día menor en hombres, aunque este dato varía por hospitales. Concretamente en el C.H. Universitario de Santiago la estancia media es mayor en varones (12,87 días por 12,85 en mujeres) lo mismo que en el C.H. Arquitecto Marcide (13,29 días en varones por 12,91 días en mujeres).

Las mayores diferencias entre las estancias medias de hombres y mujeres se producen en el Hospital Comarcal de Monforte en que la estancia media es 2,07 días mayor en mujeres, en la F.P. Hospital do Salnés la estancia media es 1,32 días más prolongada en mujeres, lo mismo que en Povisa (1,11 días) y en el Hospital Comarcal de Valdeorras (1 día).

Las estancias medias son más similares entre sexos en el C.H. Universitario de Santiago (0,02 días más larga en hombres) y en el C.H. de Ourense (0,12 días más larga en mujeres).

Tabla 52: Estancia media por sexo. GDR 541: Tr. respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con cc mayor. Área médica 2000 - 2004

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	% EP	EM	% EP	EM	Nº EP	EM
CHUJC	76,0	10,08	24,0	10,92	4.379	10,28
FPHVX	66,9	7,88	33,1	8,35	774	8,04
CHUS	68,8	12,87	31,2	12,85	5.769	12,87
FPHB	69,7	10,64	30,3	11,56	1.045	10,92
CHAM	68,5	13,29	31,5	12,91	1.812	13,17
CHPO	61,7	12,18	38,3	13,05	2.745	12,51
FPHS	67,0	10,24	33,0	11,56	840	10,68
CHXCI	68,6	13,38	31,4	13,52	1.192	13,42
HM	64,1	11,33	35,9	11,97	2.256	11,56
POVISA	68,4	9,31	31,6	10,42	2.362	9,66
CHOU	68,6	10,30	31,4	10,42	6.157	10,34
HCV	68,1	10,80	31,9	11,80	814	11,12
FPHV	62,4	8,74	37,6	8,90	1.353	8,80
HCM	73,7	9,87	26,3	11,94	190	10,42
CHXCa	72,2	13,00	27,8	13,77	5.837	13,22
HC	72,7	11,76	27,3	12,73	245	12,02
TOTAL	69,0	11,39	31,0	11,88	37.770	11,54

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

5.2.1.8. DISTRIBUCIÓN DE EPISODIOS POR CIRCUNSTANCIA DE INGRESO

Mayoritariamente la forma de ingreso en este GDR 541 es la urgente, concre-

tamente el 98,3% de los pacientes en el conjunto del Sergas ingresan de esta forma (Tabla 53). En tres hospitales todos los ingresos se producen de forma urgente, se trata de la F.P. Hospital da Barbanza, el C.H. de Pontevedra y el Hospital Comarcal de Valdeorras.

Los centros con mayores porcentajes de ingreso programado son el C.H. Universitario Juan Canalejo (6,2%), el Hospital Comarcal de Monforte (5,8%) y el C.H. Xeral-Cies (3,6%).

La estancia media en el conjunto de hospitales del Sergas varía muy poco respecto a la circunstancia de ingreso, 11,45 días en los ingresos programados y 11,54 días en los de ingreso urgente.

El escaso número de episodios programados impide la comparación de estancias medias respecto a los urgentes, aunque podemos observar diferencias de hasta 8,19 días en el C.H. Xeral-Calde (mayor estancia media en los episodios urgentes) y de 8,33 días en la F.P. Hospital do Salnés (estancia media mayor en ingresos programados). En los centros con un número importante de episodios programados las diferencias de estancia media son menores.

Tabla 53: Estancia media por tipo de ingreso. GDR 541: Tr. respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con cc mayor. Área médica 2000 - 2004

	PROGRAMADO		URGENTE		TOTAL	
	% EP	EM	% EP	EM	Nº EP	EM
CHUJC	6,2	12,80	93,8	10,12	4.379	10,28
FPHVX	0,1	15,00	99,9	8,03	774	8,04
CHUS	1,1	12,75	98,9	12,87	5.769	12,87
FPHB	0,0	-	100,0	10,92	1.045	10,92
CHAM	0,5	7,78	99,5	13,19	1.812	13,17
CHPO	0,0	-	100,0	12,51	2.745	12,51
FPHS	0,1	19,00	99,9	10,67	840	10,68
CHXCI	3,6	13,47	96,4	13,42	1.192	13,42
HM	0,8	11,00	99,2	11,57	2.256	11,56
POVISA	2,2	7,40	97,8	9,71	2.362	9,66
CHOU	2,0	11,01	98,0	10,33	6.157	10,34
HCV	0,0	-	100,0	11,12	814	11,12
FPHV	0,1	4,50	99,9	8,81	1.353	8,8
HCM	5,8	7,55	94,2	10,59	190	10,42
CHXCa	0,3	5,05	99,7	13,24	5.837	13,22
HC	2,9	6,57	97,1	12,18	245	12,02
TOTAL	1,7	11,45	98,3	11,54	37.770	11,54

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

5.2.1.9. DISTRIBUCIÓN DE EPISODIOS POR TIPO DE ALTA

El 85% de las altas en este GDR se producen a domicilio (Tabla 54), mientras que prácticamente un 13% de las mismas son exitus.

El Hospital Comarcal de Monforte es el centro con menor porcentaje de altas a domicilio (61,6%) mientras que la F.P. Hospital de Verín es el de mayor porcentaje con un 90,3% de altas a domicilio.

Como decíamos casi el 13% de los episodios de este GDR son exitus, exactamente el 12,9%, pero se observan diferencias muy importantes entre centros hospitalarios. Así casi un tercio de los episodios de hospitalización por este GDR 541 son exitus en el Hospital Comarcal de Monforte (32,6%), en el lado opuesto están la F.P. Hospital de Verín con un 8,1% y la F.P. Hospital da Barbanza con un 8,8%.

Tabla 54: Estancia media por tipo de alta. GDR 541: Tr. respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con cc mayor. Área médica 2000 - 2004

	DOMICILIO		TR. HOSP		TR. SOC		VOLUNT		EXITUS		TOTAL	
	% EP	EM	% EP	EM	% EP	EM	% EP	EM	% EP	EM	Nº EP	EM
CHUJC	86,7	9,61	0,3	26,42	0,1	28,60	0,2	7,33	12,7	14,42	4.379	10,28
FPHVX	83,3	8,02	1,9	7,73	0,0	-	0,0	-	14,7	8,19	774	8,04
CHUS	88,4	12,83	0,4	9,83	0,1	13,00	0,2	9,00	11,0	13,31	5.769	12,87
FPHB	84,7	11,05	6,0	8,78	0,2	15,00	0,3	14,00	8,8	10,88	1.045	10,92
CHAM	78,6	13,95	2,8	12,62	0,0	-	0,3	3,00	18,4	10,06	1.812	13,17
CHPO	82,3	12,69	1,0	15,86	1,5	19,90	0,3	4,11	14,8	10,75	2.745	12,51
FPHS	84,0	10,57	6,5	5,05	0,0	-	0,2	2,00	9,2	15,90	840	10,68
CHXCI	84,2	13,40	1,4	26,80	0,9	25,00	0,4	6,80	13,0	11,30	1.192	13,42
HM	81,3	11,70	0,4	18,88	0,5	35,86	0,1	2,50	17,6	10,22	2.256	11,56
POVISA	85,1	9,63	0,8	20,25	0,0	-	0,3	1,75	13,7	9,38	2.362	9,66
CHOU	86,3	10,36	0,4	12,96	0,0	-	0,2	9,20	13,2	10,11	6.157	10,34
HCV	85,5	11,17	3,6	5,59	0,0	-	0,0	-	10,9	12,55	814	11,12
FPHV	90,3	8,77	1,4	7,26	0,0	-	0,1	6,50	8,1	9,47	1.353	8,80
HCM	61,6	11,23	5,8	4,36	0,0	-	0,0	-	32,6	9,95	190	10,42
CHXCa	87,6	13,31	0,3	11,25	0,0	-	0,2	4,50	11,9	12,73	5.837	13,22
HC	81,6	12,49	4,1	14,20	0,0	-	0,4	3,00	13,9	8,91	245	12,02
TOTAL	85,6	11,53	1,1	11,29	0,2	21,72	0,2	6,50	12,9	11,54	37.770	11,54

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

Las estancias medias son muy variables por hospital y motivo de alta. En el

conjunto del Sergas se observa que la estancia media se alarga mucho cuando el alta es a un centro sociosanitario (21,72 días) aunque el número de casos es muy bajo.

En las altas a domicilio las estancias medias más bajas corresponden a la F.P. Hospital Virxe da Xunqueira (8,02 días), a la F.P. Hospital de Verín (8,77 días) y a Povisa (9,63 días), mientras que las más altas corresponden al C.H. Arquitecto Marcide (13,95 días), al C.H. Xeral-Cies (13,40 días) y al C.H. Xeral-Calde (13,31 días).

También en los exitus las estancias medias son muy variables por centro, las más cortas corresponden a la F.P. Hospital Virxe da Xunqueira (8,19 días) y al Hospital da Costa (8,91 días) y las más altas a la F.P. Hospital do Salnés (15,90 días) y al C.H. Universitario Juan Canalejo (14,42 días).

5.2.1.10. EPISODIOS CORTOS Y REINGRESOS

Existe un cierto porcentaje de episodios muy cortos, de 0 y de 1 día de duración, normalmente por exitus en estos primeros días o por mala valoración del ingreso teniendo que ser trasladado el paciente en poco tiempo a otro centro hospitalario (Tabla 55).

El mayor porcentaje de episodios de 0 días del GDR 541 lo ostenta el Hospital Comarcal de Monforte (2,6%) y la F.P. Hospital Virxe da Xunqueira (2,5%), mientras que el porcentaje más bajo corresponde al C.H. Universitario de Santiago (0,5%).

El mayor porcentaje de episodios de 1 días del GDR 541 lo ostenta el Hospital Comarcal de Monforte (5,8%) y la F.P. Hospital do Salnés (4,5%), mientras que el porcentaje más bajo corresponde al Hospital da Costa (0,4%).

El 8,4% de los episodios del GDR 541 en el Hospital Comarcal de Monforte no superan el día de ingreso en el centro.

En la tabla 55 ofrecemos también datos de los reingresos. Prácticamente casi un tercio de los episodios del GDR 541 son reingresos, es decir, son pacientes que han tenido algún episodio anterior, de estos reingresos el 84,6% se producen después de transcurridos 30 días del ingreso anterior y el 11,3% transcurridos entre 16 y 30 días.

El volumen de reingresos es alto en la casi totalidad de los hospitales, sin embargo se observan importantes diferencias. En este sentido los centros con menor número de reingresos son el Hospital Comarcal de Monforte (7,4%) y el Hospital da Costa (8,6%).

Por el contrario la F.P. Hospital de Verín presenta un porcentaje de reingresos del 46% y el C.H. Xeral-Calde del 43%.

Tabla 55: Datos de calidad. GDR 541: Tr. respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con cc mayor. Área médica 2000 - 2004

	EPISODIOS			REINGRESOS				
	TOTAL	% 0 DÍAS	% 1 DÍA	TOTAL	% <4 DÍAS	% 4-15 DÍAS	% 16-30 DÍAS	% >30 DÍAS
CHUJC	4.379	0,6	1,8	1.393 31,8%	0,0	5,4	11,3	83,3
FPHVX	774	2,5	2,6	254 32,8%	0,0	3,1	10,2	86,6
CHUS	5.769	0,5	1,0	1.655 28,7%	0,0	1,8	8,6	89,6
FPHB	1.045	0,6	2,7	360 34,4%	0,0	2,8	11,4	85,8
CHAM	1.812	1,3	2,8	463 25,6%	0,2	2,8	10,8	86,2
CHPO	2.745	0,9	2,0	682 24,8%	0,4	2,9	9,1	87,5
FPHS	840	0,8	4,5	245 29,2%	0,4	3,3	10,2	86,1
CHXCI	1.192	0,8	1,5	235 19,7%	0,0	3,8	10,6	85,5
HM	2.256	1,3	2,5	476 21,1%	0,2	4,2	10,5	85,1
POVISA	2.362	1,0	2,2	908 38,4%	0,2	5,6	12,2	81,9
CHOU	6.157	0,6	2,2	2.006 32,6%	0,0	4,3	10,3	85,3
HCV	814	0,6	2,8	263 32,3%	0,0	2,3	11,8	85,9
FPHV	1.353	0,1	1,0	622 46,0%	0,0	4,2	14,6	81,2
HCM	190	2,6	5,8	14 7,4%	0,0	21,4	21,4	57,1
CHXCa	5.837	0,6	1,4	2.510 43,0%	0,2	4,3	13,8	81,8
HC	245	0,8	0,4	21 8,6%	0,0	9,5	14,3	76,2
TOTAL	37.770	0,8	1,9	12.107 32,1%	0,1	3,9	11,3	84,6

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

Los centros con mayores porcentajes de reingresos en un período menor de 16 días desde el ingreso anterior son el Hospital Comarcal de Monforte en el que el 21,4% de los pacientes vuelven a ingresar en este período.

La cifra del Hospital de Monforte dobla el 9,5% del Hospital da Costa y multiplica por cuatro la del C.H. Universitario Juan Canalejo (5,4%) o la de Povisa (5,6%).

Como se podría esperar, al tratarse de procesos crónicos, los reingresos en este GDR son frecuentes.

5.2.2. COMPORTAMIENTO DEL GDR 127

5.2.2.1. DATOS GENERALES

El GDR 127 insuficiencia cardíaca y shock, ocupa el segundo con el 4,7% del total de episodios de hospitalización del área médica y tiene una estancia media global de 9,30 días.

En este GDR se clasifican los episodios con uno de los diagnósticos principales recogidos en la tabla 23 y que no presentan complicaciones ni comorbilidades ni procedimiento en quirófano.

El esquema de clasificación de la CDM 5 de problemas circulatorios puede verse en la figura 5 del anexo II.

El C.H. Universitario Juan Canalejo atiende el 20% del total de episodios de hospitalización de este GDR, si a los episodios que atiende este centro le añadimos los que atienden el C.H. de Ourense y el C.H. Xeral-Calde el porcentaje sobrepasa el 46% del total (Tabla 56).

Tabla 56: Episodios por hospital. GDR 127: Insuficiencia cardíaca y shock. Área médica 2000 - 2004

	EPISODIOS	% EP	ESTANCIAS	% EST	EM
CHUJC	4.310	20,2	28.814	14,5	6,69
FPHVX	528	2,5	3.176	1,6	6,02
CHUS	1.893	8,9	21.129	10,6	11,16
FPHB	398	1,9	3.603	1,8	9,05
CHAM	963	4,5	10.552	5,3	10,96
CHPO	1.937	9,1	18.856	9,5	9,73
FPHS	269	1,3	1.803	0,9	6,70
CHXCI	1.321	6,2	14.880	7,5	11,22
HM	927	4,3	8.598	4,3	8,73
POVISA	1.631	7,6	14.532	7,3	8,91
CHOU	2.794	13,1	27.617	13,9	9,88
HCV	795	3,7	6.906	3,5	8,69
FPHV	270	1,3	1.810	0,9	6,70
HCM	530	2,5	4.531	2,3	8,55
CHXCa	2.543	11,9	29.608	14,9	11,64
HC	259	1,2	2.411	1,2	9,31
TOTAL	21.368	100,0	198.826	100,0	9,30

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

Los tres centros con menor porcentaje de casos atendidos son el Hospital da Costa (1,2%), la F.P. Hospital do Salnés (1,3%) y la F.P. Hospital de Verín (1,3%).

La estancia media global del Sergas es de 9,30 días, existen importantes diferencias entre centros. Concretamente tres hospitales presentan estancias medias superiores a 11 días, el C.H. Universitario de Santiago (11,16 días), el C.H. Xeral-Cies (11,22 días) y el C.H. Xeral-Calde (11,64 días).

Por el contrario en cuatro hospitales la estancia media no alcanza los 7 días, se trata del C.H. Universitario Juan Canalejo (6,69 días), la F.P. Hospital Virxe da Xunqueira (6,02 días), la F.P. Hospital do Salnés y la F.P. Hospital de Verín (ambos con 6,70 días).

5.2.2.2. FRECUENTACIONES

Los 21.361 episodios del GDR 127 suponen una frecuentación media anual por 10.000 habitantes de 18,20, es decir, en los cinco años (2000 a 2004) se producen 18,20 episodios de hospitalización por cada 10.000 habitantes (Tabla 57 y Mapa 7).

Tabla 57. Frecuentación del GDR 127: Insuficiencia cardíaca y shock.
Área médica 2000 - 2004

ÁREAS	ALTAS	
	Nº	FREC (º/ooo)
Ferrol	1.032	11,91
A Coruña	4.630	20,30
Santiago	2.394	12,78
Pontevedra	1.610	16,81
Salnés	542	17,18
Vigo	3.863	15,81
Ourense	2.984	22,94
Valdeorras	839	50,89
Monforte	579	24,80
Lugo	2.513	25,53
Cervo-Burela	266	8,37
Fuera CA	109	-
TOTAL	21.361	18,20

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

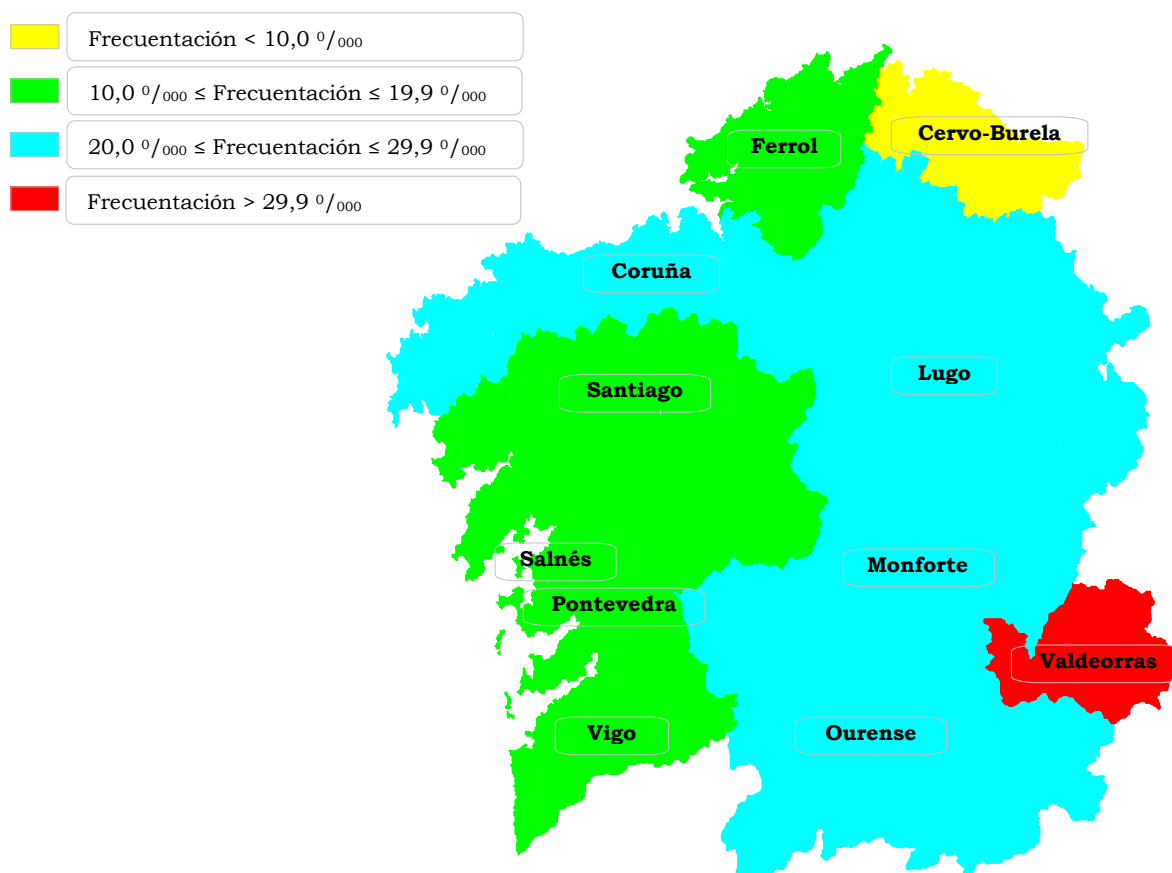
Siete de los episodios de este GDR de residentes en A Coruña se producen en pacientes de menos de 15 años, estos episodios se excluyen, de forma que la frecuentación con que trabajamos es en adultos.

La frecuentación media anual por insuficiencia cardíaca y shock es muy diferente según el área de residencia de los pacientes, la menor frecuentación por este problema corresponde a los residentes en el área de Cervo-Burela con 8,37 episodios por 10.000 habitantes y la mayor, seis veces superior, a los residentes en Valdeorras (50,89 ‰).

Cinco áreas sanitarias presentan frecuentaciones entre 10 y 20 episodios por 10.000 habitantes y otras cuatro entre 20 y 30. Las frecuentaciones más bajas corresponden, además de Cervo-Burela, a áreas de la zona occidental. De las provincias occidentales tan solo el área de A Coruña presenta frecuentación alta.

109 episodios de insuficiencia cardíaca corresponden a pacientes de otras comunidades autónomas y extranjeros. La cifra de Ferrol es más alta si se contabilizan los ingresos en centros concertados, aunque sin salir de la franja asignada en el mapa 7.

Mapa 7. Frecuentación del GDR 127: Insuficiencia cardíaca y shock.
Área médica 2000 - 2004



Fuente: Elaboración propia

5.2.2.3. MOTIVOS DE INGRESO

Los motivos de ingreso del GDR 127, tabla 58, son la insuficiencia cardíaca (código CIE 428), la cardiopatía hipertensiva (código 402), otras enfermedades cardíacas reumáticas (código 398), la enfermedad cardíaca y renal hipertensiva (código 404) y síntomas que afectan al aparato cardiovascular (código 785).

Tabla 58: Distribución por motivo de ingreso. GDR 127: Insuficiencia cardíaca y shock. Área médica 2000 - 2004

	CÓDIGOS CIE-9-MC (%)					TOTAL EP
	428	402	398	404	785	
CHUJC	79,3	15,6	3,4	1,6	0,1	4.310
FPHVX	88,8	9,8	0,0	1,1	0,2	528
CHUS	65,6	24,9	5,3	3,6	0,5	1.893
FPHB	70,4	21,1	1,5	7,0	0,0	398
CHAM	70,7	22,2	3,0	3,9	0,1	963
CHPO	63,5	24,1	4,9	7,4	0,2	1.937
FPHS	68,4	27,9	0,7	2,6	0,4	269
CHXCI	59,1	25,1	10,1	5,5	0,2	1.321
HM	77,0	14,0	3,9	5,1	0,0	927
POVISA	78,4	11,6	5,8	4,1	0,1	1.631
CHOU	68,1	21,8	7,0	1,6	1,5	2.794
HCV	90,8	8,9	0,0	0,0	0,3	795
FPHV	56,7	43,3	0,0	0,0	0,0	270
HCM	99,1	0,9	0,0	0,0	0,0	530
CHXCa	64,6	27,3	5,5	2,4	0,1	2.543
HC	93,1	6,9	0,0	0,0	0,0	259
TOTAL	72,3	19,7	4,6	3,1	0,3	21.368

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

La insuficiencia cardíaca como diagnóstico principal, es el problema de salud que motiva el ingreso hospitalario en el 72,3% de los episodios del GDR 127, este porcentaje varía entre el 56,7% en la F.P. Hospital de Verín y el 99,1% del Hospital Comarcal de Monforte.

Le sigue, a gran distancia, la cardiopatía hipertensiva responsable del 19,7% de los episodios de hospitalización del GDR 127. Por hospitales este porcentaje varía entre el 0,9% del Hospital Comarcal de Monforte o el 6,9% del Hospital da Costa y el 43,3% de la F.P. Hospital de Verín.

Otras enfermedades cardíacas reumáticas, la enfermedad cardíaca y renal hipertensiva y los síntomas que afectan al aparato cardiovascular suponen el 8% de los ingresos de este GDR.

5.2.2.4. DISTRIBUCIÓN DE LA DURACIÓN DE LA ESTANCIA

La distribución de los días de estancia del GDR 127 (Gráfico 25) es bastante homogénea, aunque no tanto como la del GDR 541. Tiene también la rama izquierda más larga.

El mayor número de episodios tiene siete días de estancia, aunque la estancia media, por la rama izquierda más prolongada, se sitúa en los 9,30 días.

La inmensa mayoría de los episodios de hospitalización de este GDR se sitúan entre los 3 y los 9 días de duración de la estancia. A partir de los 19 días de duración de estancia el número de episodios desciende de manera importante. En el gráfico 26 del anexo III se ofrecen los datos por hospital.

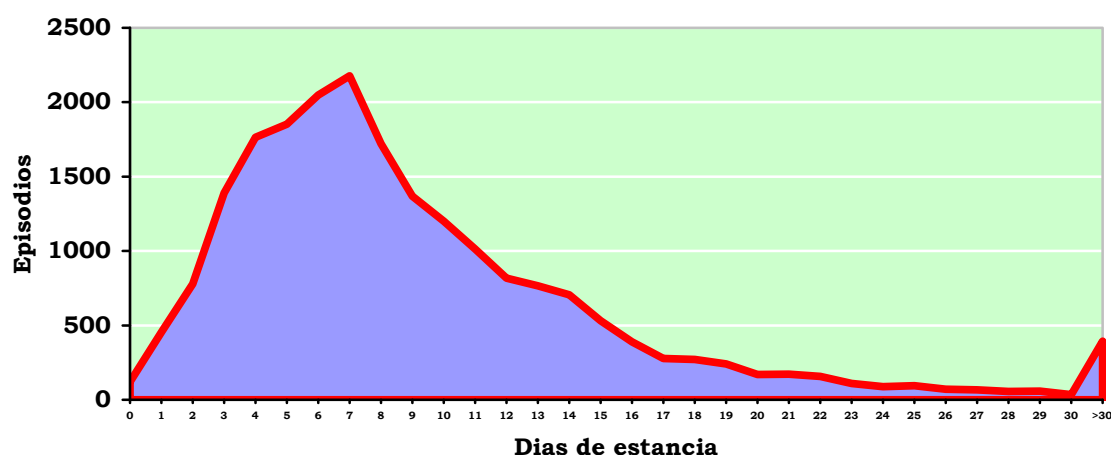


Gráfico 25. Duración de la estancia. GDR 127: Insuficiencia cardíaca y shock.
Área médica 2000 - 2004

EPISODIOS	21.368
ESTANCIA MEDIA BRUTA	9,30 días
COEFICIENTE DE VARIACIÓN BRUTO	0,76
PUNTO DE CORTE SUPERIOR	19,80
EPISODIOS EXTREMOS	1.475 (6,9%)
ESTANCIA MEDIA CORREGIDA	7,91 días
COEFICIENTE DE VARIACIÓN CORREGIDO	0,54

El coeficiente de variación es de 0,76, es decir, la dispersión de los días de duración de la estancia no es demasiado alta.

5.2.2.5. PUNTOS DE CORTE

Los casos extremos son los episodios con una duración de la estancia superior al punto de corte superior [**punto de corte** = **EM** + (1,5 x (Q3 - Q1))].

En el GDR 127 el punto de corte en la red de hospitales del Sergas es de 19,8 días, por tanto son casos extremos los episodios con 20 o más días de estancia, en el Sergas estos episodios suponen el 6,9% del total de episodios del GDR.

Tabla 59: Estancia media. GDR 127: Insuficiencia cardíaca y shock.
Área médica 2000 - 2004

	EM BRUTA	CV BRUTO	PUNTO DE CORTE	% EPISODIOS EXTREMOS	EM CORREGIDA	CV CORREGIDO
CHUJC	6,69	0,93	12,69	9,3	5,45	0,47
FPHVX	6,02	0,78	12,02	8,1	5,05	0,51
CHUS	11,16	0,67	23,16	6,0	9,84	0,50
FPHB	9,05	0,63	16,55	11,2	7,84	0,43
CHAM	10,96	0,58	19,96	9,4	9,73	0,40
CHPO	9,73	0,72	20,23	7,1	8,32	0,51
FPHS	6,70	0,85	15,70	5,2	5,76	0,68
CHXCI	11,22	0,70	23,22	7,3	9,65	0,51
HM	8,73	0,65	17,73	7,0	7,63	0,48
POVISA	8,91	0,68	16,41	10,2	7,85	0,41
CHOU	9,88	0,71	18,88	9,6	8,35	0,48
HCV	8,69	0,82	19,19	6,3	7,28	0,56
FPHV	6,70	0,62	12,70	8,0	5,77	0,46
HCM	8,55	0,76	19,05	6,5	7,34	0,58
CHXCa	11,64	0,68	22,14	10,1	10,11	0,47
HC	9,31	0,57	18,31	7,0	8,51	0,45
TOTAL	9,30	0,76	19,80	6,9	7,91	0,54

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

Los puntos de corte varían entre centros, desde los 12,02 días en la F.P. Hospital Virxe da Xunqueira hasta los 23,22 días en el C.H. Xeral-Cies.

El hospital con mejor comportamiento del GDR, es decir, con menor dispersión de la duración de la estancia es el Hospital da Costa que presenta un coeficiente de variación de 0,57, por el contrario el C.H. Universitario Juan Canalejo presenta la mayor dispersión con un coeficiente de variación de 0,93.

A pesar de que globalmente el porcentaje de casos extremos es de 6,9%, tres hos-

pitales tienen un porcentaje superior al 10%, se trata de la F.P. Hospital da Barbanza (11,2%), Povisa (10,2%) y el C.H. Xeral-Calde (10,1%). El menor porcentaje de casos extremos corresponde a la F.P. Hospital do Salnés con un 5,2%.

Si recalculamos la estancia media y el coeficiente de variación una vez excluidos los casos extremos, los valores disminuyen situándose en 7,91 días y 0,54 respectivamente.

A pesar de excluir extremos, la estancia media corregida del C.H. Xeral-Calde sigue superando los 10 días (10,11 días) y el coeficiente de variación corregido más alto corresponde a la F.P. Hospital do Salnés (0,68).

5.2.2.6. DISTRIBUCIÓN DE EPISODIOS POR GRUPOS DE EDAD

El 62,6% de los episodios del GDR 127 son pacientes de más de 74 años de edad y el 25,2% tienen entre 65 y 74 años, es decir, el 87,8% del total de pacientes que ingresan por insuficiencia cardíaca y shock superan los 64 años de edad. Por debajo de los 45 años están el 1,3% de los episodios (Tabla 60).

Tabla 60: Estancia media por grupos de edad. GDR 127: Insuficiencia cardíaca y shock. Área médica 2000 - 2004. Área médica 2000 - 2004

	< 15		15-44		45-64		65-74		>74		TOTAL	
	% EP	EM	% EP	EM	% EP	EM	% EP	EM	% EP	EM	Nº EP	EM
CHUJC	0,2	5,84	0,9	4,89	11,9	6,51	27,0	6,64	60,0	6,77	4.310	6,69
FPHVX	0,0	-	1,3	5,14	7,4	6,82	25,0	6,73	66,3	5,67	528	6,02
CHUS	0,0	-	1,0	6,95	11,6	10,29	25,8	10,99	61,6	11,47	1.893	11,16
FPHB	0,0	-	0,5	5,50	9,8	6,95	21,4	9,39	68,3	9,28	398	9,05
CHAM	0,0	-	1,0	8,60	12,6	10,47	26,5	10,84	59,9	11,15	963	10,96
CHPO	0,0	-	1,9	8,00	10,9	8,57	27,9	9,61	59,3	10,06	1.937	9,73
FPHS	0,0	-	1,9	6,00	5,2	7,36	21,9	5,92	71,0	6,92	269	6,70
CHXCI	0,0	-	1,7	12,93	17,6	10,95	25,4	11,28	55,3	11,25	1.321	11,22
HM	0,0	-	1,6	7,18	12,5	8,70	28,4	8,79	57,5	8,75	927	8,73
POVISA	0,0	-	1,5	12,24	8,9	8,38	24,0	9,58	65,6	8,66	1.631	8,91
CHOU	0,0	-	0,8	8,91	10,4	10,26	24,6	9,90	64,2	9,83	2.794	9,88
HCV	0,0	-	0,5	7,00	8,7	7,36	20,3	8,48	70,6	8,92	795	8,69
FPHV	0,0	-	0,4	12,00	9,3	5,28	23,0	6,69	67,4	6,87	270	6,70
HCM	0,0	-	2,1	6,64	4,9	9,23	19,1	8,94	74,0	8,46	530	8,55
CHXCa	0,0	-	1,4	11,50	9,0	10,93	23,5	11,42	66,1	11,82	2.543	11,64
HC	0,0	-	1,9	7,60	14,7	9,05	24,7	9,95	58,7	9,16	259	9,31
TOTAL	0,1	5,94	1,2	8,61	10,9	8,94	25,2	9,31	62,6	9,38	21.368	9,30

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

Los centros con mayores porcentajes de personas mayores de 74 años son el Hospital Comarcal de Monforte (74%), la F.P. Hospital do Salnés (71%) y el Hospital Comarcal de Valdeorras (70,6%).

Los porcentajes más bajos de este grupo de edad lo presentan dos hospitales de Vigo, el C.H. Xeral-Cíes (55,3%) y el Hospital Meixoeiro (57,5%), y el Hospital da Costa (58,7%).

En el global del Sergas la estancia media del GDR 127 aumenta con la edad desde los 8,61 días de los pacientes de 15 a 44 años hasta los 9,38 días de los mayores de 74 años.

Algunos hospitales no tienen este comportamiento en la estancia media. Así la F.P. Hospital Virxe da Xunqueira la estancia media pasa de 6,82 días en los pacientes de 45 a 64 años hasta los 5,67 días de los mayores de 74 años. Esta misma situación se da en el C.H. de Ourense y en el Hospital Comarcal de Monforte.

En otros centros el grupo de edad de mayor estancia media es el de 65 a 74 años, esto ocurre en Povisa y en el Hospital da Costa.

En cuatro centros la estancia media de los escasos pacientes de 15 a 44 años superan los 10 días, se trata del C.H. Xeral-Cíes (12,93 días), Povisa (12,24 días), la F.P. Hospital de Verín (12 días) y el C.H. Xeral-Calde (11,5 días).

5.2.2.7. DISTRIBUCIÓN DE EPISODIOS POR SEXO

En el conjunto del Sergas, los episodios del GDR 127 se distribuyen prácticamente a partes iguales entre ambos sexos (Tabla 61).

Sin embargo esta situación no se mantiene en los diferentes centros. En el Hospital da Costa el porcentaje de varones alcanza el máximo en la red del Sergas (54,1%), mientras que en la F.P. Hospital da Barbanza se obtiene el porcentaje más alto de mujeres (63,6%).

Las estancias medias son similares entre sexos en el global del Sergas, 9,24 días en varones y 9,37 días en mujeres.

Sin embargo en algunos hospitales la diferencia es igual o superior a medio día de estancia media, estos centros son el C.H. Universitario de Santiago (0,5 días de estancia media más en mujeres), la F.P. Hospital da Barbanza (0,56 días más en mujeres), el Hospital Comarcal de Valdeorras (0,53 días más en hombres) y el C.H. Xeral-Calde (0,53 días más en mujeres).

Tabla 61: Estancia media por sexo. GDR 127: Insuficiencia cardíaca y shock. Área médica 2000 - 2004.

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	% EP	EM	% EP	EM	Nº EP	EM
CHUJC	50,1	6,57	49,9	6,80	4.310	6,69
FPHVX	46,4	6,02	53,6	6,01	528	6,02
CHUS	48,1	10,90	51,9	11,40	1.893	11,16
FPHB	36,4	8,38	63,6	9,44	398	9,05
CHAM	49,5	10,97	50,5	10,94	963	10,96
CHPO	49,5	9,51	50,5	9,95	1.937	9,73
FPHS	42,0	6,82	58,0	6,62	269	6,70
CHXCI	47,3	11,23	52,7	11,22	1.321	11,22
HM	51,1	8,60	48,9	8,85	927	8,73
POVISA	50,9	9,05	49,1	8,76	1.631	8,91
CHOU	50,8	9,89	49,2	9,87	2.794	9,88
HCV	48,9	8,96	51,1	8,43	795	8,69
FPHV	51,9	6,51	48,1	6,91	270	6,70
HCM	48,7	8,76	51,3	8,35	530	8,55
CHXCa	50,3	11,38	49,7	11,91	2.543	11,64
HC	54,1	9,31	45,9	9,30	259	9,31
TOTAL	49,4	9,24	50,6	9,37	21.368	9,30

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

5.2.2.8. DISTRIBUCIÓN DE EPISODIOS POR CIRCUNSTANCIA DE INGRESO

La inmensa mayoría de episodios del GDR 127 ingresan en la red de hospitales del Sergas de forma urgente, el porcentaje de casos programados es globalmente del 1,8% (Tabla 62). Normalmente se trata de casos ya diagnosticados que ingresan para llevar a cabo algún procedimiento diagnóstico o terapéutico establecido con anterioridad.

Los centros que presentan mayores porcentajes de ingresos programados son el Hospital Comarcal de Monforte (7,5%), el C.H. Universitario Juan Canalejo (4%) y el C.H. de Ourense (3,4%).

La estancia media es más de un día superior en los ingresos urgentes (8,11 días en ingresos programados y 9,33 días en ingresos urgentes).

De todas formas en algunos centros la estancia media es superior en los ingresos programados, concretamente en el C.H. Universitario Juan Canalejo (7,10 días

en los ingresos programados por 6,67 días en urgentes) y en el C.H. Xeral-Ciés (12,75 días en programados y 11,21 en urgentes), en ambos centros el porcentaje de casos programados es del 4 y 1% respectivamente.

Tabla 62: Estancia media por tipo de ingreso. GDR 127: Insuficiencia cardíaca y shock. Área médica 2000 - 2004

	PROGRAMADO		URGENTE		TOTAL	
	% EP	EM	% EP	EM	Nº EP	EM
CHUJC	4,0	7,10	96,0	6,67	4.310	6,69
FPHVX	0,2	1,00	99,8	6,02	528	6,02
CHUS	1,2	9,50	98,8	11,18	1.893	11,16
FPHB	0,0	-	100,0	9,05	398	9,05
CHAM	0,3	19,33	99,7	10,93	963	10,96
CHPO	0,1	18,00	99,9	9,73	1.937	9,73
FPHS	0,4	5,00	99,6	6,71	269	6,70
CHXCI	1,0	12,75	99,0	11,21	1.321	11,22
HM	0,5	9,00	99,5	8,73	927	8,73
POVISA	1,5	8,46	98,5	8,92	1.631	8,91
CHOU	3,4	8,76	96,6	9,92	2.794	9,88
HCV	0,0	-	100,0	8,69	795	8,69
FPHV	0,0	-	100,0	6,70	270	6,70
HCM	7,5	7,20	92,5	8,66	530	8,55
CHXCa	0,2	13,25	99,8	11,64	2.543	11,64
HC	1,2	7,33	98,8	9,33	259	9,31
TOTAL	1,8	8,11	98,2	9,33	21.368	9,30

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

5.2.2.9. DISTRIBUCIÓN DE EPISODIOS POR TIPO DE ALTA

El 92,2% de los episodios del GDR 127 son alta a domicilio y el 5,9% exitus (Tabla 63). Los centros con menores porcentajes de alta a domicilio son la F.P. Hospital do Salnés (81%) y el Hospital Comarcal de Monforte (84,3%) y el centro con el porcentaje más alto el C.H. Universitario Juan Canalejo (95,3%).

En cuanto al porcentaje de exitus, el Hospital Comarcal de Monforte presenta el porcentaje más alto (10,2% de los episodios) seguido de Povisa (8,4%) y el C.H. Xeral-Ciés (7,9%). Por el contrario la F.P. Hospital da Barbanza presenta un porcentaje de exitus de 2,8% y el Hospital Meixoeiro de 3,7%.

Las mayores estancias medias corresponden a los episodios de alta a centro sociosanitario. Las estancias medias de las altas a domicilio, por el enorme volu-

men de casos, presentan una gran similitud con las estancias medias globales de cada centro.

Las estancias medias de los exitus varían de manera importante por centro, entre los 6,61 días en el Hospital da Costa o 6,66 días de la F.P. Hospital Virxe da Xunqueira y los 14,55 días de la F.P. Hospital da Barbanza o los 12,86 días del Hospital Comarcal de Valdeorras.

Tabla 63: Estancia media por tipo de alta. GDR 127: Insuficiencia cardíaca y shock. Área médica 2000 - 2004

	DOMICILIO		TR. HOSP		TR. SOC		VOLUNT		EXITUS		TOTAL	
	% EP	EM	% EP	EM	% EP	EM	%EP	EM	% EP	EM	Nº EP	EM
CHUJC	95,3	6,53	0,1	5,75	0,2	30,00	0,1	8,83	4,3	8,86	4.310	6,69
FPHVX	90,9	6,04	3,4	4,56	0,0	-	0,2	0,00	5,5	6,66	528	6,02
CHUS	94,4	11,18	0,3	8,00	0,0	-	0,2	2,50	5,1	11,27	1.893	11,16
FPHB	93,7	8,98	3,5	6,57	0,0	-	0,0	-	2,8	14,55	398	9,05
CHAM	90,7	11,17	3,7	9,31	0,0	-	0,3	1,33	5,3	9,06	963	10,96
CHPO	90,8	9,70	1,1	9,33	1,1	15,59	0,1	6,00	6,9	9,33	1.937	9,73
FPHS	81,0	6,98	10,8	3,07	0,4	31,00	0,7	2,50	7,1	8,21	269	6,70
CHXCI	89,9	11,05	1,8	20,93	0,2	24,00	0,2	5,00	7,9	11,16	1.321	11,22
HM	94,3	8,75	1,3	8,63	0,2	26,00	0,5	7,00	3,7	7,67	927	8,73
POVISA	89,8	8,87	1,7	15,75	0,0	-	0,1	2,00	8,4	8,03	1.631	8,91
CHOU	93,5	9,84	0,8	11,87	0,0	-	0,1	7,50	5,6	10,33	2.794	9,88
HCV	91,1	8,49	2,5	6,45	0,0	-	0,3	1,50	6,2	12,86	795	8,69
FPHV	93,7	6,70	1,5	3,50	0,0	-	0,4	2,00	4,4	8,33	270	6,70
HCM	84,3	8,49	5,5	7,07	0,0	-	0,0	-	10,2	9,83	530	8,55
CHXCa	90,7	11,75	2,4	10,74	0,0	-	0,2	5,60	6,7	10,65	2.543	11,64
HC	87,3	9,51	4,6	10,83	0,4	4,00	0,8	4,00	6,9	6,61	259	9,31
TOTAL	92,2	9,26	1,6	9,79	0,2	19,97	0,2	5,24	5,9	9,71	21.368	9,30

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

5.2.2.10. EPISODIOS CORTOS Y REINGRESOS

El 2,7% del total de episodios del GDR 127 tienen una duración de la estancia inferior a 2 días. Este porcentaje en la F.P. Hospital do Salnés alcanza el 17,9% del total de episodios mientras que el centro que le sigue, el Hospital Comarcal de Valdeorras alcanza el 4,2%.

El GDR 127 de insuficiencia cardíaca y shock es un proceso en el que los reingresos hospitalarios son muy frecuentes, concretamente el 25,4% de los episodios son reingresos.

Este porcentaje varía entre el 32,8% del Hospital Comarcal de Valdeorras o el 32,6% de Povisa y el 8,1% del Hospital da Costa o el 16,7% del Hospital Meixoeiro.

Tabla 64: Datos de calidad. GDR 127: Insuficiencia cardíaca y shock. Área médica 2000 - 2004

	EPISODIOS			REINGRESOS				
	TOTAL	% 0 DÍAS	% 1 DÍA	TOTAL	% <4 DÍAS	% 4-15 DÍAS	% 16-30 DÍAS	% >30 DÍAS
CHUJC	4.310	0,4	2,8	1.206 28,0%	0,3	6,3	9,2	84,2
FPHVX	528	0,4	3,0	135 25,6%	0,0	4,4	4,4	91,1
CHUS	1.893	0,2	0,8	373 19,7%	0,3	1,3	8,0	90,3
FPHB	398	0,3	1,5	116 29,1%	0,0	0,9	14,7	84,5
CHAM	963	0,6	0,7	190 19,7%	0,5	1,1	9,5	88,9
CHPO	1.937	0,5	1,9	511 26,4%	0,0	3,3	10,6	86,1
FPHS	269	1,9	16,0	55 20,4%	0,0	7,3	21,8	70,9
CHXCI	1.321	0,6	1,7	264 20,0%	0,0	4,2	8,7	87,1
HM	927	0,5	1,6	155 16,7%	0,0	5,2	9,0	85,8
POVISA	1.631	0,9	1,8	531 32,6%	0,0	4,3	11,1	84,6
CHOU	2.794	0,6	1,9	719 25,7%	0,1	4,0	8,9	86,9
HCV	795	1,6	2,6	261 32,8%	0,4	1,9	8,8	88,9
FPHV	270	0,0	2,2	73 27,0%	0,0	0,0	8,2	91,8
HCM	530	1,5	2,5	121 22,8%	0,0	5,0	7,4	87,6
CHXCa	2.543	0,3	1,8	705 27,7%	0,1	3,4	8,2	88,2
HC	259	0,8	1,9	21 8,1%	0,0	0,0	4,8	95,2
TOTAL	21.368	0,6	2,1	5.436 25,4%	0,2	4,0	9,3	86,6

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

Del total de reingresos, el 86,6% tiene lugar más allá de los 30 días del ingreso anterior, este porcentaje varía entre el 95,2% del Hospital da Costa y el 70,9% de la F.P. Hospital do Salnés.

Un 4,2% de los reingresos tienen lugar en el transcurso de los primeros 15 días desde el ingreso anterior (un 0,2% en los primeros cuatro días), este porcentaje alcanza el 7,3% en la F.P. Hospital do Salnés.

5.2.3. COMPORTAMIENTO DEL GDR 14

5.2.3.1. DATOS GENERALES

El GDR 14 trastornos cerebrovasculares específicos excepto accidente isquémico cerebral (AIT) y hemorragia intracraneal supone el 3,1% de los episodios con una estancia media de 13,33 días.

Agrupar episodios por trastorno cerebrovascular específicos, cuando existe como diagnóstico principal uno de los códigos CIE recogidos en la tabla 24, excepto accidente isquémico transitorio que se clasifica en el GDR 15 y la hemorragia intracraneal que se clasifica en el GDR 810.

El esquema de clasificación de la CDM 1 de problemas del sistema nervioso puede verse en la figura 6 del anexo II.

Tres hospitales concentran el 50% de los episodios de este GDR en los hospitales del Sergas, son el C.H. Universitario Juan Canalejo (20,4%), el C.H. de Ourense (15,2%) y el C.H. Xeral-Calde (14,4%) (Tabla 65).

Tabla 65: Episodios por hospital. GDR 14: Tr. cerebrovasculares específicos excepto AIT y hemorragia intracraneal. Área médica 2000 - 2004

	EPISODIOS	% EP	ESTANCIAS	% EST	EM
CHUJC	2.882	20,4	54.716	29,0	18,99
FPHVX	224	1,6	1.731	0,9	7,73
CHUS	1.407	9,9	15.072	8,0	10,71
FPHB	129	0,9	1.257	0,7	9,74
CHAM	578	4,1	6.835	3,6	11,83
CHPO	879	6,2	10.705	5,7	12,18
FPHS	149	1,1	1.622	0,9	10,89
CHXCI	647	4,6	8.220	4,4	12,60
HM	1.032	7,3	11.620	6,2	10,84
POVISA	902	6,4	9.648	5,1	10,70
CHOU	2.148	15,2	25.915	13,7	12,06
HCV	243	1,7	2.318	1,2	9,54
FPHV	187	1,3	1.346	0,7	7,20
HCM	413	2,9	4.637	2,5	11,23
CHXCa	2.041	14,4	30.147	16,0	14,77
HC	283	2,0	2.749	1,5	9,71
TOTAL	14.144	100,0	188.538	100,0	13,33

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

La estancia media de este GDR es de 13,33 días. Solo dos hospitales superan esta cifra, se trata del C.H. Universitario Juan Canalejo (18,99 días) y el C.H. Xeral-Calde (14,77 días).

Cinco hospitales tienen estancia media por debajo de los 10 días, la F.P. Hospital de Verín (7,20 días), la F.P. Hospital Virxe da Xunqueira (7,73 días) y con algo más de 9 días la F.P. Hospital da Barbanza, el Hospital Comarcal de Valdeorras y el Hospital da Costa.

5.2.3.2. FRECUENTACIONES

La frecuentación media anual (Tabla 66 y Mapa 8) es en el conjunto de la red del Sergas de 12,05 episodios por 10.000 habitantes adultos (mayores de 14 años).

Sin embargo se observan diferencias claras en función del área sanitaria de residencia de los pacientes, así nos encontramos con frecuentaciones que van desde el 7,06 por 10.000 habitantes en Ferrol a los 20,31 episodios por 10.000 habitantes en los residentes en Lugo. De esta forma los residentes en Lugo ingresan tres veces más que los residentes en Ferrol por el GDR 14. Debemos recordar que la cifra de Ferrol sube al contabilizar los ingresos en centros concertados. No se dispone de los datos por GDR para precisar dicha cifra.

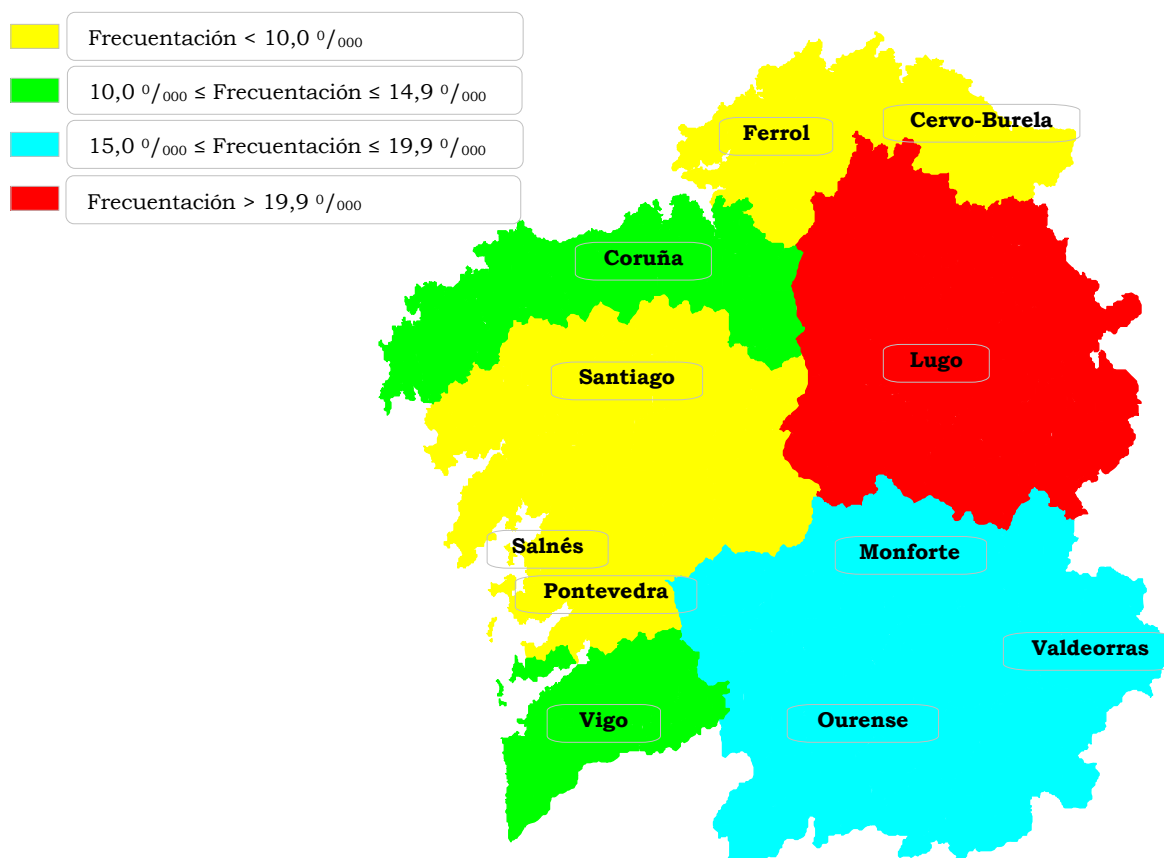
Tiene también frecuentaciones bajas los residentes en Santiago, Pontevedra, Salnés y Cervo-Burela, tienen frecuentaciones medias los residentes de A Coruña y Vigo y las tienen más altas los residentes de Ourense, Valdeorras y Monforte.

Tabla 66. Frecuentación del GDR 14: Tr. cerebrovasculares específicos excepto AIT y hemorragia intracraneal. Área médica 2000 - 2004

ÁREAS	ALTAS	
	Nº	FREC (º/ooo)
Ferrol	612	7,06
A Coruña	2.963	12,99
Santiago	1.604	8,57
Pontevedra	753	7,86
Salnés	241	7,64
Vigo	2.570	10,52
Ourense	2.282	17,54
Valdeorras	255	15,47
Monforte	445	19,06
Lugo	1.999	20,31
Cervo-Burela	278	8,75
Resto	142	-
TOTAL	14.144	12,05

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

Mapa 8. Frecuentación del GDR 14: Tr. cerebrovasculares específicos excepto AIT y hemorragia intracraneal. Área médica 2000 - 2004



Fuente: Elaboración propia

5.2.3.3. MOTIVOS DE INGRESO

Los tres motivos de ingreso de los pacientes que se clasifican en el GDR 14 son, por este orden, la oclusión de arterias cerebrales (código 434 CIE-9-MC) responsable del 79,6% de los ingresos, la oclusión y estenosis de arterias precerebrales (código 433) responsable del 16,8% de los ingresos y la enfermedad cerebrovascular aguda mal definida (código 436) responsable del restante 3,6% de los ingresos.

En ocho centros la oclusión de arterias cerebrales es el motivo de ingreso de más del 90% de los episodios del GDR 14, sin embargo en otros hospitales, aunque es el motivo de ingreso más frecuente el porcentaje baja sensiblemente.

En el C.H. Universitario Juan Canalejo es el motivo de ingreso del 58,6% de los episodios, en la F.P. Hospital da Barbanza del 58,1%, en Povisa del 67,7%, en el C.H. Xeral-Calde del 69,9% y en el Hospital Comarcal de Valdeorras del 73,7%.

La enfermedad cerebrovascular aguda mal definida (código 436) alcanza unos porcentajes relativamente altos en el C.H. Xeral-Cies (9,1%) y en el Hospital da Costa (8,1%).

Los mayores porcentajes de ingreso por oclusión y estenosis de arterias precerebrales corresponden al C.H. Universitario Juan Canalejo (38,2%) y a la F.P. Hospital da Barbanza (38,8%).

Tabla 67: Distribución por motivo de ingreso. GDR 14: Tr. cerebrovasculares específicos excepto AIT y hemorragia intracraneal. Área médica 2000 - 2004

	CÓDIGOS CIE-9-MC (%)			TOTAL EP
	434	436	433	
CHUJC	58,6	38,2	3,2	2.882
FPHVX	93,8	3,1	3,1	224
CHUS	84,5	11,0	4,5	1.407
FPHB	58,1	38,8	3,1	129
CHAM	94,6	4,0	1,4	578
CHPO	90,8	3,2	6,0	879
FPHS	90,6	7,4	2,0	149
CHXCi	84,1	6,8	9,1	647
HM	92,4	0,2	7,4	1.032
POVISA	67,7	30,4	1,9	902
CHOU	97,4	1,1	1,5	2.148
HCV	73,7	20,2	6,2	243
FPHV	94,7	3,7	1,6	187
HCM	98,1	1,2	0,7	413
CHXCa	69,9	27,7	2,4	2.041
HC	79,2	12,7	8,1	283
TOTAL	79,6	16,8	3,6	14.144

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

5.2.3.4. DISTRIBUCIÓN DE LA DURACIÓN DE LA ESTANCIA

La distribución de episodios del GDR 14 es muy regular (Gráfico 27) aunque el brazo izquierdo de la misma es mucho más prolongado como demuestra el alto porcentaje de episodios con más de 30 días de estancia. Por este motivo la moda es 7 días pero la estancia media es casi el doble, 13,33 días.

La gran dispersión de la duración de la estancia se pone de manifiesto con el alto coeficiente de variación que tiene este GDR, concretamente 1,22.

En este GDR el punto de corte es 26,83 días y un 8,3% de los episodios (1.172) tienen una estancia superior a este punto de corte.

Eliminando los episodios que presentan una estancia media anormalmente larga, la estancia media pasa a ser de 8,91 días, como era de esperar se sitúa mucho más cerca de la moda, y el coeficiente de variación disminuye de manera muy significativa quedando en 0,59. En el gráfico 28 del anexo III se ofrecen los datos por hospital.

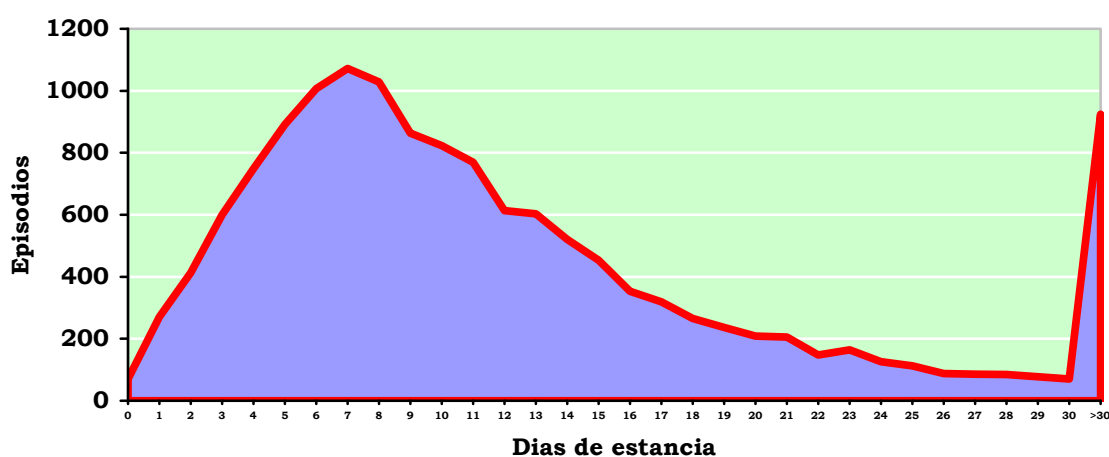


Gráfico 27. Duración de la estancia. GDR 14: Tr. cerebrovasculares específicos excepto AIT y hemorragia intracraneal. Área médica 2000 - 2004

EPISODIOS	14.144
ESTANCIA MEDIA BRUTA	13,33 días
COEFICIENTE DE VARIACIÓN BRUTO	1,22
PUNTO DE CORTE SUPERIOR	26,83
EPISODIOS EXTREMOS	1.172 (8,3%)
ESTANCIA MEDIA CORREGIDA	8,91 días
COEFICIENTE DE VARIACIÓN CORREGIDO	0,59

5.2.3.5. PUNTOS DE CORTE

En dos hospitales el GDR 14 tiene un alto coeficiente de variación, son el C.H. Universitario Juan Canalejo (1,57) y la F.P. Hospital Virxe da Xunqueira (1,43), ningún otro hospital supera la unidad (Tabla 68).

Los puntos de corte por hospital son muy variables (Tabla 68), los más altos corresponden al C.H. Universitario Juan Canalejo (36,99 días) y al C.H. Xeral-Calde (31,27 días) y los más bajos a la F.P. Hospital de Verín (16,20 días) y a la F.P. Hospital Virxe da Xunqueira (16,73 días).

Cuatro hospitales tienen más de un 10% de episodios extremos, el Hospital Meixoeiro (17%), el C.H. Xeral-Cíes (14,4%), el C.H. Universitario de Santiago (12%) y el C.H. Universitario Juan Canalejo (10,2%).

Al excluir los episodios extremos para el cálculo de la estancia media esta se corrige y disminuye respecto a la estancia media bruta, los centros con mayor disminución de la estancia media corregida son el C.H. Universitario Juan Canalejo en que la estancia media baja más de 7 días, el C.H. Xeral-Calde en que baja más de 3 días y el C.H. Universitario de Santiago, Povisa y el Hospital de Monforte en que baja más de 2 días.

Naturalmente los coeficientes de variación corregidos son bajos, se sitúan entre 0,46 del Hospital da Costa y del C.H. Universitario de Santiago y 0,65 del C.H. Universitario Juan Canalejo y el Hospital Comarcal de Valdeorras.

Tabla 68: Estancia media. GDR 14: Tr. cerebrovasculares específicos excepto AIT y hemorragia intracraneal. Área médica 2000 - 2004

	EM BRUTA	CV BRUTO	PUNTO DE CORTE	% EPISODIOS EXTREMOS	EM CORREGIDA	CV CORREGIDO
CHUJC	18,99	1,57	36,99	10,2	11,27	0,65
FPHVX	7,73	1,43	16,73	6,7	6,05	0,59
CHUS	10,71	0,83	19,71	12,0	8,33	0,46
FPHB	9,74	0,72	18,74	9,3	8,22	0,49
CHAM	11,83	0,56	23,83	4,3	10,98	0,48
CHPO	12,18	0,66	24,18	7,3	10,56	0,49
FPHS	10,89	0,80	25,89	6,0	9,34	0,62
CHXCI	12,60	0,66	26,10	14,4	11,16	0,50
HM	10,84	0,81	21,34	17,0	8,91	0,53
POVISA	10,70	0,95	22,70	8,3	8,49	0,56
CHOU	12,06	0,73	24,06	6,8	10,45	0,51
HCV	9,54	0,81	23,04	6,6	8,11	0,65
FPHV	7,20	0,71	16,20	5,9	6,36	0,60
HCM	11,23	0,91	24,73	8,2	8,88	0,61
CHXCa	14,77	0,86	31,27	9,3	11,50	0,61
HC	9,71	0,64	18,71	6,0	8,65	0,46
TOTAL	13,33	1,22	26,83	8,3	8,91	0,59

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

5.2.3.6. DISTRIBUCIÓN DE EPISODIOS POR GRUPOS DE EDAD

Como cabría esperar, tabla 69, la mayoría de los pacientes que ingresan por estos problemas de salud son de edades avanzadas, concretamente más de la mitad de los episodios del GDR 14 tienen más de 74 años de edad (55,1%).

Si a esto unimos que otro 27,9% de los episodios tienen entre 65 y 74 años, el 83% de los ingresos son personas mayores de 64 años.

Tabla 69: Estancia media por grupos de edad. GDR 14: Tr. cerebrovasculares específicos excepto AIT y hemorragia intracraneal. Área médica 2000 - 2004

	15-44		45-64		65-74		>74		TOTAL	
	% EP	EM	% EP	EM	% EP	EM	% EP	EM	Nº EP	EM
CHUJC	2,5	30,19	18,8	21,04	29,7	19,41	49,0	17,37	2.882	18,99
FPHVX	2,2	6,60	18,3	10,27	24,1	7,59	55,4	6,99	224	7,73
CHUS	2,7	10,05	20,0	10,40	29,4	10,17	48,0	11,21	1.407	10,71
FPHB	0,0	-	10,1	6,77	32,6	9,60	57,4	10,35	129	9,74
CHAM	3,5	11,30	21,6	10,46	30,4	12,86	44,5	11,82	578	11,83
CHPO	2,5	15,68	16,5	12,42	26,7	12,22	54,3	11,92	879	12,18
FPHS	2,0	3,00	16,8	8,28	23,5	10,71	57,7	11,99	149	10,89
CHXCi	4,5	12,96	17,0	11,81	31,7	11,27	46,7	13,80	647	12,60
HM	2,5	9,55	11,9	8,52	31,2	10,84	54,5	11,41	1.032	10,84
POVISA	1,0	7,67	13,5	9,63	23,7	9,07	61,8	11,61	902	10,70
CHOU	1,3	14,70	9,9	12,79	25,1	12,68	63,7	11,66	2.148	12,06
HCV	0,0	-	9,9	8,33	23,9	10,12	66,3	9,51	243	9,54
FPHV	1,1	4,00	14,4	7,22	26,2	7,96	58,3	6,91	187	7,20
HCM	1,0	2,50	8,5	7,80	22,5	10,54	68,0	12,01	413	11,23
CHXCa	1,8	9,53	10,3	11,76	27,9	14,88	60,0	15,39	2.041	14,77
HC	2,1	16,50	20,5	9,90	32,5	10,01	44,9	9,09	283	9,71
TOTAL	2,1	15,98	14,8	13,45	27,9	13,46	55,1	13,13	14.144	13,33

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

En tres centros el porcentaje de mayores de 64 años alcanza o supera el 90%, son la F.P. Hospital da Barbanza (90%), el Hospital Comarcal de Valdeorras (90,2%) y el Hospital Comarcal de Monforte 90,5%).

Los menores de 45 años suponen el 2,1%. Los porcentajes más altos en este grupo de edad corresponden al C.H. Xeral-Cies (4,5%) y al C.H. Arquitecto Marcide (3,5%).

En el conjunto del Sergas las estancias medias varían poco con la edad, desde 13,45 días de los pacientes de 45 a 64 años hasta los 13,13 días de los mayores

de 74 años.

No hay un comportamiento estable de la duración de la estancia por grupos de edad, nos encontramos con centros en que apenas varía entre los distintos grupos de edad mientras que en otros sí lo hace.

5.2.3.7. DISTRIBUCIÓN DE EPISODIOS POR SEXO

Los episodios del GDR 14 se reparten a partes iguales por sexos, aunque esta situación varía entre hospitales (Tabla 70).

Tabla 70: Estancia media por sexo. GDR 14: Tr. Cerebrovasculares específicos excepto AIT y hemorragia intracraneal. Área médica 2000 - 2004

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	% EP	EM	% EP	EM	Nº EP	EM
CHUJC	54,0	18,10	46,0	20,03	2.882	18,99
FPHVX	44,2	8,56	55,8	7,07	224	7,73
CHUS	52,4	10,53	47,6	10,92	1.407	10,71
FPHB	35,7	8,28	64,3	10,55	129	9,74
CHAM	54,2	11,81	45,8	11,84	578	11,83
CHPO	48,6	11,78	51,4	12,56	879	12,18
FPHS	49,0	9,84	51,0	11,89	149	10,89
CHXCI	49,6	11,30	50,4	13,90	647	12,60
HM	49,2	10,44	50,8	11,21	1.032	10,84
POVISA	45,3	10,02	54,7	11,25	902	10,70
CHOU	49,6	11,98	50,4	12,15	2.148	12,06
HCV	52,7	9,20	47,3	9,91	243	9,54
FPHV	54,0	6,34	46,0	8,21	187	7,20
HCM	51,1	10,16	48,9	12,35	413	11,23
CHXCa	51,1	13,79	48,9	15,79	2.041	14,77
HC	54,4	10,01	45,6	9,36	283	9,71
TOTAL	50,8	12,86	49,2	13,82	14.144	13,33

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

Los centros con porcentajes más altos de varones son el Hospital da Costa (54,4%) y el C.H. Arquitecto Marcide (54,2%), mientras que los de mayor porcentaje de mujeres son la F.P. Hospital da Barbanza (64,3%) y la F.P. Hospital Virxe da Xunqueira (55,8%).

La estancia media en mujeres (13,82 días) es un día más prolongada que en

hombres (12,86 días).

La mayor diferencia de estancia media entre mujeres y hombres se produce en el C.H. Xeral-Cíes en que la estancia media de las mujeres (13,90 días) es 2,6 días más larga que en hombres (11,30 días), en la F.P. Hospital da Barbanza (10,55 días en mujeres y 8,28 en hombres) y en el Hospital Comarcal de Monforte (12,35 días en mujeres y 10,16 en hombres).

Tan solo en dos centros la estancia media es mayor en hombres, en la F.P. Hospital Virxe da Xunqueira y en el Hospital da Costa.

5.2.3.8. DISTRIBUCIÓN DE EPISODIOS POR CIRCUNSTANCIA DE INGRESO

Los ingresos programados del GDR 14 son excepcionales (Tabla 71), concretamente el 1% de todos los episodios, aunque en algunos centros este porcentaje es ligeramente más alto, concretamente en los C.H. Universitario Juan Canalejo (3,2%) y Xeral-Cíes (2,6%). Sin embargo en 13 centros el porcentaje de ingreso urgente, como cabría esperar, supera el 99% de los casos.

Tabla 71: Estancia media por tipo de ingreso. GDR 14: Tr. cerebrovasculares específicos excepto AIT y hemorragia intracraneal. Área médica 2000 - 2004

	PROGRAMADO		URGENTE		TOTAL	
	% EP	EM	% EP	EM	Nº EP	EM
CHUJC	3,2	24,73	96,8	18,80	2.882	18,99
FPHVX	0,0	-	100,0	7,73	224	7,73
CHUS	0,6	8,50	99,4	10,72	1.407	10,71
FPHB	0,0	-	100,0	9,74	129	9,74
CHAM	0,3	9,50	99,7	11,83	578	11,83
CHPO	0,0	-	100,0	12,18	879	12,18
FPHS	0,7	1,00	99,3	10,95	149	10,89
CHXCI	2,6	11,60	97,4	12,63	647	12,60
HM	0,1	5,00	99,9	10,85	1.032	10,84
POVISA	0,9	11,75	99,1	10,69	902	10,70
CHOU	0,5	11,64	99,5	12,07	2.148	12,06
HCV	0,0	-	100,0	9,54	243	9,54
FPHV	0,0	-	100,0	7,20	187	7,20
HCM	1,2	6,60	98,8	11,28	413	11,23
CHXCa	0,0	9,00	100,0	14,77	2.041	14,77
HC	0,0	-	100,0	9,71	283	9,71
TOTAL	1,0	19,36	99,0	13,27	14.144	13,33

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

Las estancias medias de los casos programados, por su escaso número, no permiten ningún comentario salvo en el caso del C.H. Universitario Juan Canalejo que con el 3,2% de episodios se observa una estancia media muy larga, alcanza los 24,73 días por 18,80 días en los episodios urgentes.

5.2.3.9. DISTRIBUCIÓN DE EPISODIOS POR TIPO DE ALTA

La mayoría de las altas del GDR 14 se producen a domicilio (88,9%) y un 8,8% son exitus (Tabla 72).

Por centros el porcentaje de altas a domicilio se sitúa entre el 77,2% de la F.P. Hospital do Salnés y el 92,2% del Hospital da Costa.

Mientras que los exitus varían entre el 14,2% de Povisa y el 14% del Hospital Comarcal de Monforte y el 6,1% del Hospital Meixoeiro y el 6,2% de la F.P. Hospital da Barbanza. Además de Povisa y Monforte, otros dos centros superan el 10% de exitus, son la F.P. Hospital do Salnés (12,8%) y el Hospital Comarcal de Valdeorras (12,3%).

Tabla 72: Estancia media por tipo de alta. GDR 14: Tr. cerebrovasculares específicos excepto AIT y hemorragia intracraneal. Área médica 2000 - 2004

	DOMICILIO		TR. HOSP		TR. SOC		VOLUNT		EXITUS		TOTAL	
	% EP	EM	% EP	EM	% EP	EM	% EP	EM	% EP	EM	Nº EP	EM
CHUJC	90,4	18,97	0,4	57,64	0,6	87,94	0,2	6,60	8,5	12,89	2.882	18,99
FPHVX	87,1	7,15	0,9	7,50	1,8	51,50	0,4	3,00	9,8	5,14	224	7,73
CHUS	90,8	11,10	0,2	15,00	0,1	13,00	0,1	2,00	8,9	6,74	1.407	10,71
FPHB	89,9	9,74	3,1	6,75	0,8	27,00	0,0	-	6,2	9,13	129	9,74
CHAM	85,6	11,69	8,0	16,93	0,0	-	0,0	-	6,4	7,27	578	11,83
CHPO	87,8	12,46	1,7	10,47	4,0	16,71	0,1	0,00	6,4	6,14	879	12,18
FPHS	77,2	11,56	10,1	6,33	0,0	-	0,0	-	12,8	10,42	149	10,89
CHXCI	83,9	12,30	3,7	20,52	3,4	23,88	0,0	-	9,0	8,26	647	12,60
HM	89,7	10,41	1,6	18,36	2,5	29,58	0,1	16,00	6,1	8,39	1.032	10,84
POVISA	84,7	11,04	1,0	38,44	0,0	-	0,1	0,00	14,2	6,75	902	10,70
CHOU	91,6	12,42	0,5	10,30	0,0	19,00	0,0	7,00	7,9	8,06	2.148	12,06
HCV	85,2	9,87	1,6	6,25	0,4	5,00	0,4	28,00	12,3	7,20	243	9,54
FPHV	91,4	6,89	2,1	6,25	0,0	-	0,0	-	6,4	11,83	187	7,20
HCM	82,6	12,09	3,1	6,31	0,0	-	0,2	5,00	14,0	7,34	413	11,23
CHXCa	89,3	15,54	0,9	10,47	0,0	-	0,2	5,60	9,6	8,25	2.041	14,77
HC	92,2	9,74	0,7	8,50	0,4	4,00	0,0	-	6,7	9,79	283	9,71
TOTAL	88,9	13,57	1,4	16,87	0,8	33,63	0,1	6,78	8,8	8,68	14.144	13,33

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

Las estancias medias no tienen el mismo comportamiento por centros en cada tipo de alta, así en el alta a domicilio encontramos estancias medias que van desde los 18,97 días del C.H. Universitario Juan Canalejo a los 6,89 días de la F.P. Hospital de Verín.

En los exitus se observan también importantes variaciones en la estancia media desde los 12,89 días del C.H. Universitario Juan Canalejo o los 11,83 días de la F.P. Hospital de Verín a los 5,14 días de la F.P. Hospital Virxe da Xunqueira.

5.2.3.10. EPISODIOS CORTOS Y REINGRESOS

Un 2,4% de los episodios del GDR 14 tienen una estancia hospitalaria menor de 2 días y el 4,4% son reingresos (Tabla 73).

Tabla 73: Datos de calidad. GDR 14: Tr. cerebrovasculares específicos excepto AIT y hemorragia intracraneal. Área médica 2000 - 2004

	EPISODIOS			REINGRESOS				
	TOTAL	% 0 DÍAS	% 1 DÍA	TOTAL	% <4 DÍAS	% 4-15 DÍAS	% 16-30 DÍAS	% >30 DÍAS
CHUJC	2.882	0,6	1,6	152 5,3%	1,3	8,6	8,6	81,6
FPHVX	224	0,9	2,7	9 4,0%	0,0	0,0	0,0	100,0
CHUS	1.407	0,2	2,3	31 2,2%	0,0	3,2	16,1	80,6
FPHB	129	1,6	0,8	1 0,8%	100,0	0,0	0,0	0,0
CHAM	578	0,7	1,4	8 1,4%	0,0	25,0	25,0	50,0
CHPO	879	0,5	1,4	26 3,0%	0,0	7,7	11,5	80,8
FPHS	149	0,0	5,4	7 4,7%	0,0	14,3	28,6	57,1
CHXCi	667	0,6	0,9	14 2,1%	0,0	0,0	7,1	92,9
HM	1.012	0,5	3,6	41 4,1%	0,0	7,3	12,2	80,5
POVISA	902	0,8	2,3	63 7,0%	0,0	6,3	11,1	82,5
CHOU	2.148	0,3	1,1	117 5,4%	0,9	1,7	8,5	88,9
HCV	243	1,2	4,5	9 3,7%	0,0	0,0	11,1	88,9
FPHV	187	0,0	1,1	9 4,8%	0,0	0,0	22,2	77,8
HCM	413	0,7	5,1	12 2,9%	0,0	0,0	25,0	75,0
CHXCa	2.041	0,5	1,8	109 5,3%	0,0	3,7	2,8	93,6
HC	283	0,0	0,4	8 2,8%	0,0	12,5	0,0	87,5
TOTAL	14.144	0,5	1,9	616 4,4%	0,6	5,4	9,3	84,7

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

Los centros con mayores porcentajes de episodios cortos, menores de 2 días, son el Hospital Comarcal de Monforte (5,8%), el Hospital Comarcal de Valdeorras (5,7%) y la F.P. Hospital do Salnés (5,4%).

En todos los centros el porcentaje de reingresos es muy bajo, tan solo tienen un porcentaje destacable Povisa (7%), el C.H. de Ourense (5,4%), el C.H. Xeral-Calde (5,3%) y el C.H. Universitario Juan Canalejo (5,3%).

5.2.4. COMPORTAMIENTO DEL GDR 88

5.2.4.1. DATOS GENERALES

El GDR 88 enfermedad pulmonar obstructiva crónica, ocupa el cuarto lugar en porcentaje de episodios de hospitalización con el 2,9% y una estancia media de 9,27 días.

Agrupar episodios que tienen como diagnóstico principal uno de los códigos CIE recogidos en la tabla 25.

El esquema de clasificación de la CDM 4 de problemas respiratorios puede verse en la figura 4 del anexo II.

El C.H. Universitario Juan Canalejo hospitaliza algo más de la quinta parte (22,6%) de los pacientes del GDR 88 en el conjunto del Sergas (Tabla 74), más del doble de ingresos que el hospital que ocupa el segundo lugar, el C.H. Xeral-Calde (10,5%). El Hospital da Costa hospitaliza el menor número de casos de toda la red de hospitales del Sergas (1,7%).

La estancia media supera los 10 días en siete hospitales y en tres los 11 días, concretamente el C.H. Arquitecto Marcide (11,87 días), el C.H. Xeral-Cies (11,38 días) y la F.P. Hospital da Barbanza (11,04 días).

Por el contrario encontramos estancias medias muy bajas en la F.P. Hospital Virxe da Xunqueira (5,96 días), el C.H. Universitario Juan Canalejo (7,32 días) y la F.P. Hospital de Verín (7,44 días).

Para atender a un paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la estancia media se alarga prácticamente seis días más cuando el ingreso se produce en el C.H. Arquitecto Marcide que cuando el ingreso se produce en la F.P. Hospital Virxe da Xunqueira o 4,5 días más que cuando ingresa en el C.H. Universitario Juan Canalejo.

Tabla 74: Episodios por hospital. GDR 88: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Área médica 2000 - 2004

	EPISODIOS	% EP	ESTANCIAS	% EST	EM
CHUJC	3.003	22,6	21.970	17,8	7,32
FPHVX	746	5,6	4.444	3,6	5,96
CHUS	951	7,1	10.372	8,4	10,91
FPHB	394	3,0	4.350	3,5	11,04
CHAM	429	3,2	5.091	4,1	11,87
CHPO	1.134	8,5	12.398	10,1	10,93
FPHS	382	2,9	3.402	2,8	8,91
CHXCi	821	6,2	9.318	7,6	11,38
HM	309	2,3	2.490	2,0	9,92
POVISA	1.000	7,5	8.453	6,9	8,45
CHOU	1.204	9,1	11.261	9,1	9,35
HCV	363	2,7	3.421	2,8	9,42
FPHV	434	3,3	3.229	2,6	7,44
HCM	511	3,8	4.921	4,0	9,63
CHXCa	1.391	10,5	15.168	12,3	10,90
HC	229	1,7	2.400	1,9	10,48
TOTAL	13.301	100,0	123.338	100,0	9,27

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

5.2.4.2. FRECUENTACIONES

Teniendo en cuenta que todos los episodios del GDR 88 se producen en mayores de 14 años, es decir, en personas adultas, hemos calculado la frecuentación media anual para cada área sanitaria de residencia de los pacientes.

El resultado es que la frecuentación global del Sergas es de 11,33 episodios de hospitalización por enfermedad pulmonar obstructiva crónica por cada 10.000 habitantes gallegos mayores de 14 años (Tabla 75).

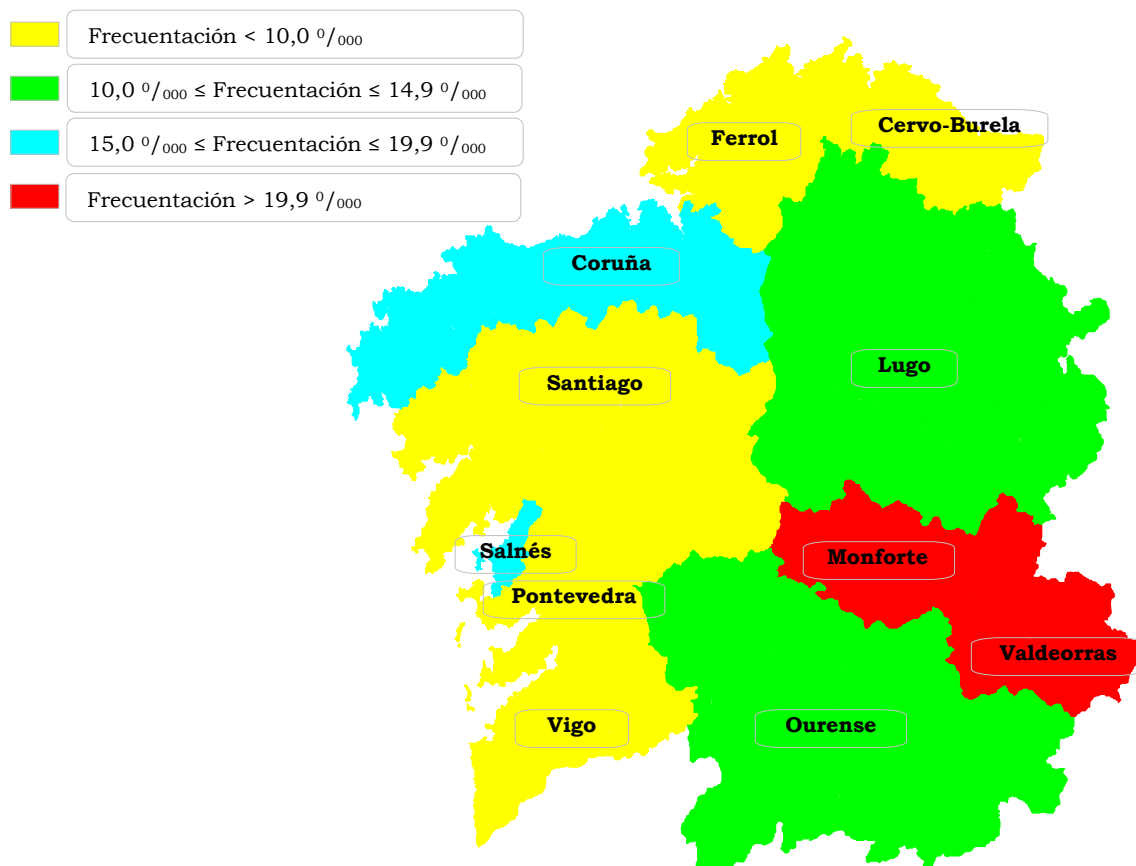
Se observa una importante variación de la frecuentación media anual en función del área de residencia de los pacientes. Las áreas con el valor más alto cuadriplifican a las que presentan las cifras más bajas.

Presentan cifras más alta las áreas de Valdeorras (22,81 episodios de hospitalización por cada 10.000 habitantes) y Monforte (22,66 episodios por 10.000) mientras que los residentes en Ferrol tienen la más baja (5,32 por 10.000). Los ingresos en centros concertados hacen subir esta última cifra aunque no podemos precisar cuanto por no disponer de los datos por GDR.

Tabla 75. Frecuentación del GDR 88: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Área médica 2000 - 2004

ÁREAS	ALTAS	
	Nº	FREC (º/000)
Ferrol	461	5,32
A Coruña	3.608	15,82
Santiago	1.423	7,60
Pontevedra	934	9,75
Salnés	546	17,31
Vigo	2.128	8,71
Ourense	1.615	12,41
Valdeorras	376	22,81
Monforte	529	22,66
Lugo	1.380	14,02
Cervo-Burela	227	7,15
Resto	74	-
TOTAL	13.301	11,33

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

Mapa 9. Frecuentación del GDR 88: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Área médica 2000 - 2004

Fuente: Elaboración propia

5.2.4.3. MOTIVOS DE INGRESO

El diagnóstico que motiva el mayor porcentaje de ingresos del GDR 88 es la bronquitis crónica (código 491 de la CIE-9-MC) que es el diagnóstico principal en el 80% de los episodios de este GDR (Tabla 76).

No obstante el porcentaje de ingresos por bronquitis crónica es muy variable entre centros, varía desde el 95,3% en el Hospital Comarcal de Monforte hasta el 60,8% en el Hospital Meixoeiro.

Tabla 76: Distribución por motivo de ingreso. GDR 88: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Área médica 2000 - 2004

	CÓDIGOS CIE-9-MC (%)						TOTAL EP
	491	494	493	492	496	506	
CHUJC	82,0	12,1	0,5	4,8	0,7	0,0	3.003
FPHVX	94,2	5,8	0,0	0,0	0,0	0,0	746
CHUS	76,0	19,1	0,8	2,3	1,7	0,0	951
FPHB	86,0	10,7	0,8	1,8	0,8	0,0	394
CHAM	78,1	16,8	2,1	3,0	0,0	0,0	429
CHPO	78,1	17,6	3,3	0,7	0,2	0,1	1.134
FPHS	75,1	7,6	2,1	1,0	14,1	0,0	382
CHXCi	63,2	19,9	3,4	3,9	9,6	0,0	821
HM	60,8	24,6	10,0	3,2	1,3	0,0	309
POVISA	83,7	11,5	1,1	2,1	1,6	0,0	1.000
CHOU	85,8	8,4	5,1	0,3	0,3	0,0	1.204
HCV	92,8	4,7	0,8	0,8	0,8	0,0	363
FPHV	67,5	2,1	29,7	0,7	0,0	0,0	434
HCM	95,3	3,7	0,2	0,6	0,2	0,0	511
CHXCa	76,0	10,2	7,3	3,5	2,9	0,1	1.391
HC	67,2	14,4	7,4	0,0	10,9	0,0	229
TOTAL	80,0	12,1	3,5	2,4	2,0	0,0	13.301

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

El segundo motivo de ingreso es la bronquiectasia (código 494), es la responsable del ingreso del 12,1% de los episodios del GDR 88. Este porcentaje es enormemente variable, desde el 24,6% en el Hospital Meixoeiro hasta el 2,1% de la F.P. Hospital de Verín.

Otros diagnósticos son también motivo de ingreso, el asma (código 493) es el segundo en la F.P. Hospital de Verín, ocasionando el 29,7% de los ingresos del GDR 88 y en el Hospital Meixoeiro el 10% de los ingresos.

Otros diagnósticos responsables del ingreso son el enfisema (código 492), otras obstrucciones crónicas de vías respiratorias (código 496) y las enfermedades respiratorias por humos y gases químicos (código 506).

Concretamente otras obstrucciones crónicas de vías respiratorias es el segundo motivo de ingreso del GDR 88 en la F.P. Hospital do Salnés (14,1%) y el tercero en el Hospital da Costa (10,9%).

5.2.4.4. DISTRIBUCIÓN DE LA DURACIÓN DE LA ESTANCIA

La distribución de estancias es bastante regular (Gráfico 29) aunque con una rama izquierda más prolongada. La moda es 6 días y la media es 9,27 días. La tendencia a la disminución en el número de episodios a partir de los 6 días de estancia se rompe, aunque de forma ligera, en los 19 y 20 días de duración de la estancia. En el gráfico 30 del anexo III se ofrecen los datos por hospital.

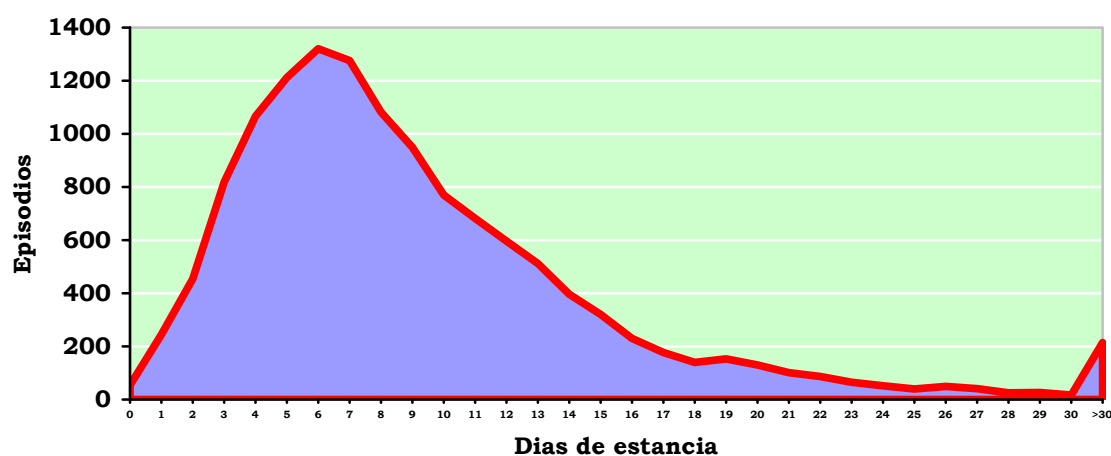


Gráfico 29. Duración de la estancia. GDR 88: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Área médica 2000 – 2004

EPISODIOS	13.301
ESTANCIA MEDIA BRUTA	9,27 días
COEFICIENTE DE VARIACIÓN BRUTO	0,74
PUNTO DE CORTE SUPERIOR	19,77
EPISODIOS EXTREMOS	849 (6,4%)
ESTANCIA MEDIA CORREGIDA	7,99 días
COEFICIENTE DE VARIACIÓN CORREGIDO	0,52

El coeficiente de variación de la duración de la estancia en este GDR 88 es bajo, se sitúa en 0,74

5.2.4.5. PUNTOS DE CORTE

El punto de corte, es decir, el límite a partir del cual se considera una duración anormal de la estancia, es en este GDR 88 de 19,77 días. Como quiera que el comportamiento del GDR varía entre centros el punto de corte también lo hace, de forma que nos encontramos con que el punto de corte es de 23,87 días en el C.H. Arquitecto Marcide mientras que es de 10,46 días en la F.P. Hospital Virxe da Xunqueira (Tabla 77).

Tabla 77: Estancia media. GDR 88: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Área médica 2000 - 2004

	EM BRUTA	CV BRUTO	PUNTO DE CORTE	% EPISODIOS EXTREMOS	EM CORREGIDA	CV CORREGIDO
CHUJC	7,32	0,85	14,82	8,0	6,02	0,50
FPHVX	5,96	0,60	10,46	12,1	5,11	0,41
CHUS	10,91	0,64	22,91	5,1	9,65	0,51
FPHB	11,04	0,70	21,54	7,6	9,39	0,48
CHAM	11,87	0,57	23,87	5,2	10,92	0,45
CHPO	10,93	0,74	19,93	10,3	9,22	0,42
FPHS	8,91	0,82	17,91	10,6	7,03	0,58
CHXCI	11,38	0,65	21,88	8,3	9,87	0,46
HM	9,92	0,71	21,92	7,4	8,50	0,56
POVISA	8,45	0,65	15,95	7,1	7,41	0,43
CHOU	9,35	0,60	18,35	6,0	8,36	0,44
HCV	9,42	0,90	18,42	9,2	7,50	0,46
FPHV	7,44	0,62	13,44	6,1	6,61	0,40
HCM	9,63	0,78	18,63	10,1	7,90	0,48
CHXCa	10,90	0,68	21,40	7,3	9,63	0,47
HC	10,48	0,56	19,48	9,6	9,67	0,41
TOTAL	9,27	0,74	19,77	6,4	7,99	0,52

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

El porcentaje de casos que superan el punto de corte es del 6,4% pero varía entre el 12,1% en la .P. Hospital Virxe da Xunqueira y el 5,1% en el C.H. Universitario de Santiago o 5,2% en el C.H. Arquitecto Marcide.

Tanto la estancia media como el coeficiente de variación corregidos disminuyen respecto a los brutos alcanzando los 7,99 días y 0,52 respectivamente.

Mientras que siete centros hospitalarios tienen una estancia media bruta superior a los 10 días, solo un hospital, el C.H. Arquitecto Marcide tiene una estancia media corregida superior a esa cifra.

Los coeficientes de variación corregidos varían entre 0,40 en la F.P. Hospital de Verín y 0,58 en la F.P. Hospital do Salnés.

5.2.4.6. DISTRIBUCIÓN DE EPISODIOS POR GRUPOS DE EDAD

En este GDR (Tabla 78) la mitad de los pacientes ingresados tiene una edad superior a los 74 años, concretamente el 51,6% y otro 30,9% tienen una edad entre los 65 y los 74 años. De esta forma el 82,5% de los pacientes hospitalizados en el área médica de la red del Sergas entre los años 2000 y 2004 por enfermedad pulmonar obstructiva crónica son mayores de 64 años.

El 1,7% del total de episodios corresponden a pacientes menores de 45 años.

Tabla 78: Estancia media por grupos de edad. GDR 88: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Área médica 2000 - 2004

	15-44		45-64		65-74		>74		TOTAL	
	% EP	EM	% EP	EM	% EP	EM	% EP	EM	Nº EP	EM
CHUJC	2,1	6,35	19,6	6,82	32,8	7,45	45,5	7,47	3.003	7,32
FPHVX	0,3	6,00	12,2	5,58	31,4	6,76	56,2	5,59	746	5,96
CHUS	1,4	8,46	17,1	10,42	32,7	10,90	48,8	11,15	951	10,91
FPHB	1,0	8,00	19,8	9,78	29,2	10,35	50,0	12,01	394	11,04
CHAM	2,1	9,00	14,7	9,92	32,9	11,59	50,3	12,74	429	11,87
CHPO	1,3	10,00	17,8	10,55	33,9	11,00	47,0	11,05	1.134	10,93
FPHS	1,0	6,25	17,5	9,10	27,2	8,65	54,2	9,02	382	8,91
CHXCI	5,5	7,84	19,5	11,78	34,1	11,87	40,9	11,26	821	11,38
HM	3,9	10,86	17,5	11,49	29,4	10,52	49,2	8,85	309	9,92
POVISA	1,7	5,88	19,0	7,72	35,5	8,33	43,8	8,97	1.000	8,45
CHOU	1,1	7,31	10,0	8,64	25,2	9,26	63,7	9,54	1.204	9,35
HCV	0,8	4,00	8,5	9,39	23,4	9,14	67,2	9,59	363	9,42
FPHV	0,9	5,75	6,2	6,78	29,5	6,98	63,4	7,75	434	7,44
HCM	0,8	5,50	10,0	7,59	30,1	9,16	59,1	10,27	511	9,63
CHXCa	1,3	6,17	12,3	9,65	27,3	10,80	59,1	11,32	1.391	10,90
HC	1,3	13,00	14,8	9,94	27,5	10,63	56,3	10,49	229	10,48
TOTAL	1,7	7,62	15,7	9,00	30,9	9,00	51,6	9,51	13.301	9,27

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

Sin embargo estos porcentajes varían de forma sensible entre centros. En tres centros el porcentaje de personas mayores de 64 años ingresadas por el GDR 88 supera el 90%, se trata de la F.P. Hospital de Verín (92,9%), el C.H. de Pontevedra (90,9%) y el Hospital Comarcal de Valdeorras (90,6%).

El C.H. Xeral-Cies y el Hospital Meixoeiro tienen un porcentaje relevante de episodios en menores de 45 años, este porcentaje es del 5,5% y 3,9% respectivamente.

En el conjunto del Sergas la estancia media sube de forma muy ligera, medio día, en los pacientes ancianos, mayores de 74 años. Sin embargo en algunos centros la estancia media en mayores de 74 años es menor que en el grupo de 65 a 74 años, se trata de la F.P. Hospital Virxe da Xunqueira, C.H. Xeral-Cies, Hospital Meixoeiro y Hospital da Costa.

5.2.4.7. DISTRIBUCIÓN DE EPISODIOS POR SEXO

El ingreso por enfermedad pulmonar obstructiva crónica es mucho más frecuentes en varones (73,9%) (Tabla 79).

Tabla 79: Estancia media por sexo. GDR 88: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Área médica 2000 - 2004

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	% EP	EM	% EP	EM	Nº EP	EM
CHUJC	81,4	7,17	18,6	7,96	3.003	7,32
FPHVX	66,8	5,92	33,2	6,02	746	5,96
CHUS	76,2	10,97	23,8	10,69	951	10,91
FPHB	74,1	10,85	25,9	11,59	394	11,04
CHAM	70,4	11,61	29,6	12,49	429	11,87
CHPO	67,5	10,62	32,5	11,58	1.134	10,93
FPHS	68,6	8,79	31,4	9,16	382	8,91
CHXCI	70,0	10,88	30,0	12,55	821	11,38
HM	70,6	10,08	29,4	9,56	309	9,92
POVISA	67,1	8,12	32,9	9,12	1.000	8,45
CHOU	75,2	9,31	24,8	9,48	1.204	9,35
HCV	81,5	9,27	18,5	10,13	363	9,42
FPHV	64,7	7,48	35,3	7,36	434	7,44
HCM	81,8	9,46	18,2	10,41	511	9,63
CHXCa	71,7	10,85	28,3	11,03	1.391	10,90
HC	79,9	10,89	20,1	8,87	229	10,48
TOTAL	73,9	9,12	26,1	9,71	13.301	9,27

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

El 73,9% de los ingresos en el área médica de la red de hospitales del Sergas entre los años 2000 y 2004 son varones. En todos los hospitales es superior el porcentaje de hombres que de mujeres, aunque los porcentajes varían desde el 81,8% del Hospital Comarcal de Monforte o el 81,5% del Hospital Comarcal de Valdeorras y el 64,7% de la F.P. Hospital de Verín.

La estancia media es superior en mujeres en el global del Sergas, aunque este hecho varía entre centros. La estancia media es mayor en hombres en el C.H. Universitario de Santiago, en el Hospital Meixoeiro, en la F.P. Hospital de Verín y en el Hospital da Costa.

Las mayores diferencias de estancia media entre hombre y mujeres corresponden al Hospital da Costa, en este centro la estancia media en hombres (10,89 días) supera en 2 días la estancia media de mujeres (8,87 días).

En el C.H. Xeral-Cies la estancia media es 1,67 días mayor en mujeres (12,55 días) que en hombres (10,88 días) y en Povisa esta diferencia es de 1 día (la estancia media en mujeres es de 9,12 días y en hombres 8,12 días).

5.2.4.8. DISTRIBUCIÓN DE EPISODIOS POR CIRCUNSTANCIA DE INGRESO

El ingreso se produce en un porcentaje muy alto por urgencias (97,7%), en seis hospitales todos los ingresos se producen de forma urgente y en otros cuatro este tipo de ingreso supera el 99% del total.

Por tanto, solo 10 centros presentan algún caso de ingreso programado, este porcentaje supera el 2% en seis centros.

El mayor porcentaje de ingreso programado lo presenta el C.H. Universitario Juan Canalejo (5,4%) seguido del C.H. Xeral-Cies (4,4%) y el Hospital Comarcal de Monforte (4,3%).

La estancia media es prácticamente igual en ambos tipos de ingreso, aunque luego esta situación varía por centros.

En los centros con porcentajes más altos de ingresos programados, la estancia media es superior en los ingresos programados en el C.H. Universitario Juan Canalejo (la estancia media de los ingresos programados es de 8,62 días por 7,24 días de los ingresos urgentes) y en el C.H. Xeral-Cies (12,29 por 11,34 días respectivamente), mientras que en el Hospital Comarcal de Monforte los ingresos urgentes tienen mayor estancia media (9,69 días) que los programados (8,23 días).

De todas formas debemos insistir en el bajo número de casos programados que no permite establecer comparaciones firmes.

Tabla 80: Estancia media por tipo de ingreso. GDR 88: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Área médica 2000 - 2004

	PROGRAMADO		URGENTE		TOTAL	
	% EP	EM	% EP	EM	Nº EP	EM
CHUJC	5,4	8,62	94,6	7,24	3.003	7,32
FPHVX	0,3	3,50	99,7	5,96	746	5,96
CHUS	3,9	7,54	96,1	11,04	951	10,91
FPHB	0,0	-	100,0	11,04	394	11,04
CHAM	0,0	-	100,0	11,87	429	11,87
CHPO	0,0	-	100,0	10,93	1.134	10,93
FPHS	0,3	1,00	99,7	8,93	382	8,91
CHXCI	4,4	12,29	95,6	11,34	821	11,38
HM	2,3	17,00	97,7	9,81	309	9,92
POVISA	0,9	10,56	99,1	8,43	1000	8,45
CHOU	2,6	9,32	97,4	9,35	1.204	9,35
HCV	0,0	-	100,0	9,42	363	9,42
FPHV	0,0	-	100,0	7,44	434	7,44
HCM	4,3	8,23	95,7	9,69	511	9,63
CHXCa	0,3	8,00	99,7	10,91	1.391	10,90
HC	0,0	-	100,0	10,48	229	10,48
TOTAL	2,3	9,22	97,7	9,27	13.301	9,00

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

5.2.4.9. DISTRIBUCIÓN DE EPISODIOS POR TIPO DE ALTA

La inmensa mayoría de las altas del GDR 88 se producen a domicilio (95,9%) y el 3,1% son exitus (Tabla 81).

Los porcentajes de alta a domicilio por hospital varían entre el 98,3% de la F.P. Hospital Virxe da Xunqueira o el 98,1% del C.H. Arquitecto Marcide y el 88,1% del Hospital Comarcal de Monforte.

Los exitus alcanzan el 10% en el Hospital Comarcal de Monforte y el 7,9% en el Hospital da Costa mientras que solo representan el 0,5% en la F.P. Hospital Virxe da Xunqueira o el 1,2% en el C.H. Arquitecto Marcide.

La estancia media es muy alta (22,56 días) en las altas a centros sociosanitarios, aunque el número de altas en este apartado es muy bajo. También la estancia media de los exitus es relativamente alta (11,96 días).

Por centros la estancia media varía en todos los tipos de alta. En las altas a

domicilio las mayores estancias medias corresponden al C.H. Arquitecto Marcide (11,84 días), al C.H. Xeral-Cíes (11,35 días) y a la F.P. Hospital da Barbanza (11,04 días) y las más bajas a F.P. Hospital Virxe da Xunqueira (5,92 días) y al C.H. Universitario Juan Canalejo (7,23 días).

Tabla 81: Estancia media por tipo de alta. GDR 88: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Área médica 2000 - 2004

	DOMICILIO		TR. HOSP		TR. SOC		VOLUNT		EXITUS		TOTAL	
	% EP	EM	% EP	EM	% EP	EM	% EP	EM	% EP	EM	Nº EP	EM
CHUJC	97,3	7,23	0,1	31,67	0,1	12,67	0,5	4,21	2,0	10,73	3.003	7,32
FPHVX	98,3	5,92	1,1	8,25	0,0	-	0,1	1,00	0,5	9,25	746	5,96
CHUS	96,3	10,88	0,4	11,75	0,0	-	0,3	12,33	2,9	11,54	951	10,91
FPHB	95,7	11,04	2,0	15,13	0,0	-	1,0	3,00	1,3	11,20	394	11,04
CHAM	98,1	11,84	0,5	13,00	0,0	-	0,2	2,00	1,2	15,60	429	11,87
CHPO	95,9	10,62	0,1	3,00	0,8	28,67	0,4	6,00	2,8	17,34	1.134	10,93
FPHS	91,6	8,77	3,9	5,80	0,0	-	0,3	1,00	4,2	15,31	382	8,91
CHXCi	95,2	11,35	0,4	15,00	0,2	27,00	0,2	2,50	3,9	11,75	821	11,38
HM	95,1	9,84	0,6	24,00	0,0	-	0,3	4,00	3,9	11,22	309	9,92
POVISA	96,7	8,04	0,2	18,50	0,0	-	0,2	2,00	2,9	10,03	1.000	8,45
CHOU	95,4	9,31	0,2	12,67	0,0	-	0,2	6,67	4,1	10,35	1.204	9,35
HCV	94,5	9,08	1,7	7,00	0,3	14,00	0,3	2,00	3,3	20,58	363	9,42
FPHV	97,7	7,45	0,7	4,00	0,0	-	0,0	-	1,6	8,57	434	7,44
HCM	88,1	9,78	1,8	3,33	0,0	-	0,2	0,00	10,0	9,65	511	9,63
CHXCa	95,9	10,87	0,2	12,00	0,0	-	0,4	2,00	3,5	12,85	1.391	10,90
HC	91,3	10,86	0,4	2,00	0,4	3,00	0,0	-	7,9	6,94	229	10,48
TOTAL	95,9	9,00	0,5	9,84	0,1	22,56	0,3	4,16	3,1	11,96	13.301	9,00

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

En las estancias medias de los exitus se observan importantes variaciones entre hospitales, dicha estancia media varía entre los 20,58 días en el Hospital Comarcal de Valdeorras o los 17,34 días del C.H. de Pontevedra y los 6,94 días del Hospital da Costa o los 8,57 días de la F.P. Hospital de Verín.

5.2.4.10. EPISODIOS CORTOS Y REINGRESOS

El 2,2% de los episodios del GDR 88 no alcanzan los 2 días de estancia, aunque este porcentaje varía por centros desde el 12,6% en la F.P. Hospital del Salnés al 0,2% de la F.P. Hospital de Verín (Tabla 82).

El 27,8% de los episodios de hospitalización del GDR 88 son reingresos (3.701 episodios).

Tabla 82: Datos de calidad. GDR 88: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Área médica 2000 - 2004

	EPISODIOS			REINGRESOS				
	TOTAL	% 0 DÍAS	% 1 DÍA	TOTAL	% <4 DÍAS	% 4-15 DÍAS	% 16-30 DÍAS	% >30 DÍAS
CHUJC	3.003	0,3	2,1	1.043 34,7%	0,0	4,1	12,3	83,6
FPHVX	746	0,0	1,6	334 44,8%	0,0	2,1	6,0	91,9
CHUS	951	0,4	2,0	159 16,7%	0,0	0,6	7,5	91,8
FPHB	394	0,0	1,3	120 30,5%	0,8	2,5	5,0	91,7
CHAM	429	0,0	0,5	58 13,5%	0,0	3,4	6,9	89,7
CHPO	1.134	0,4	1,0	293 25,8%	0,0	2,4	15,4	82,3
FPHS	382	0,8	11,8	107 28,0%	0,0	4,7	14,0	81,3
CHXCi	821	0,6	0,6	166 20,2%	0,6	1,2	7,8	90,4
HM	309	1,0	1,9	54 17,5%	0,0	0,0	9,3	90,7
POVISA	1.000	0,3	0,7	324 32,4%	0,0	4,0	9,3	86,7
CHOU	1.204	0,3	1,1	265 22,0%	0,4	3,4	9,8	86,4
HCV	363	0,3	1,7	145 39,9%	0,0	2,1	12,4	85,5
FPHV	434	0,0	0,2	146 33,6%	0,0	6,8	6,8	86,3
HCM	511	1,0	2,9	173 33,9%	0,0	3,5	12,7	83,8
CHXCa	1.391	0,6	2,2	255 18,3%	0,4	5,5	15,3	78,8
HC	229	1,3	0,9	59 25,8%	0,0	0,0	10,2	89,8
TOTAL	13.301	0,4	1,8	3.701 27,8%	0,1	3,4	10,8	85,7

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

El 3,5% de los reingresos se producen en el transcurso de los primeros 15 días después del ingreso previo, este porcentaje varía entre el 6,8% en la F.P. Hospital de Verín y el 0% en los Hospitales Meixoeiro y Costa.

El 10,8% de los reingresos se producen entre 16 y 30 días después del ingreso previo, aunque en el C.H. Xeral-Cíes este porcentaje alcanza el 15,4% y en el C.H. Xeral-Calde el 15,3%, mientras que en la F.P. Hospital da Barbanza el porcentaje es del 5%.

La mayoría de los reingresos se producen más allá de los 30 días del ingreso previo, concretamente esto es así en el 85,7% de los reingresos. Este porcentaje varía entre el 91,9% de en la F.P. Hospital Virxe da Xunqueira y el 78,8% en el C.H. Xeral-Calde.

5.2.5. COMPORTAMIENTO DEL GDR 410

5.2.5.1. DATOS GENERALES

El GDR 410 quimioterapia, agrupa el 2,7% de los episodios del área médica del período con una estancia media de 3,64 días. Se clasifica en la CDM 17 de trastornos mieloproliferativos y neoplasias.

En este GDR se agrupan aquellos episodios con diagnóstico principal, es decir, que ingresan por admisión para quimioterapia (código CIE V58.1) o después de quimioterapia para seguimiento del tratamiento con quimioterapia (código V67.2).

El esquema de clasificación de la CDM 17 de trastornos mieloproliferativos y neoplasias puede verse en la figura 7 del anexo II.

Tabla 83: Episodios por hospital. GDR 410: Quimioterapia.
Área médica 2000 - 2004

	EPISODIOS	% EP	ESTANCIAS	% EST	EM
CHUJC	914	7,6	4.903	11,2	5,36
FPHVX	1	0,0	7	0,0	7,00
CHUS	1.805	15,0	9.024	20,6	5,00
FPHB	0	0,0	-	-	-
CHAM	335	2,8	1.025	2,3	3,06
CHPO	283	2,4	1.714	3,9	6,06
FPHS	0	0,0	-	-	-
CHXCI	655	5,4	3.455	7,9	5,32
HM	411	3,4	1.717	3,9	3,91
POVISA	1.186	9,9	4.345	9,9	3,66
CHOU	2.216	18,4	9.654	22,0	4,36
HCV	28	0,2	90	0,2	3,21
FPHV	1	0,0	6	0,0	6,00
HCM	15	0,1	36	0,1	2,40
CHXCa	4.184	34,8	7.845	17,9	1,88
HC	6	0,0	20	0,0	3,33
TOTAL	12.040	100,0	43.840	100,0	3,64

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

5.2.5.2. FRECUENTACIONES

Del estudio de frecuentaciones se han eliminado 105 casos de quimioterapia en menores de 15 años, de forma que la frecuentación se calcula, como media anual, para adultos, concretamente por el número de episodios por cada 10.000 habitantes del área.

Recordamos de nuevo que la frecuentación no tiene en cuenta el centro de ingreso de los pacientes sino tan solo su lugar de residencia.

En la tabla 84 y en el mapa 10 se ofrecen los resultados.

Tabla 84. Frecuentación del GDR 410: Quimioterapia.
Área médica 2000 - 2004

ÁREAS	ALTAS	
	Nº	FREC (º/000)
Ferrol	443	5,11
A Coruña	820	3,60
Santiago	1.593	8,51
Pontevedra	219	2,29
Salnés	95	3,01
Vigo	2.158	8,83
Ourense	2.028	15,59
Valdeorras	252	15,29
Monforte	266	11,39
Lugo	3.740	38,00
Cervo-Burela	297	9,35
Fuera CA	24	-
TOTAL	11.935	10,17

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

La frecuentación media anual varía entre los 38 episodios por 10.000 habitantes en el área sanitaria de Lugo y los 2,29 episodios por 10.000 habitantes del área de Pontevedra.

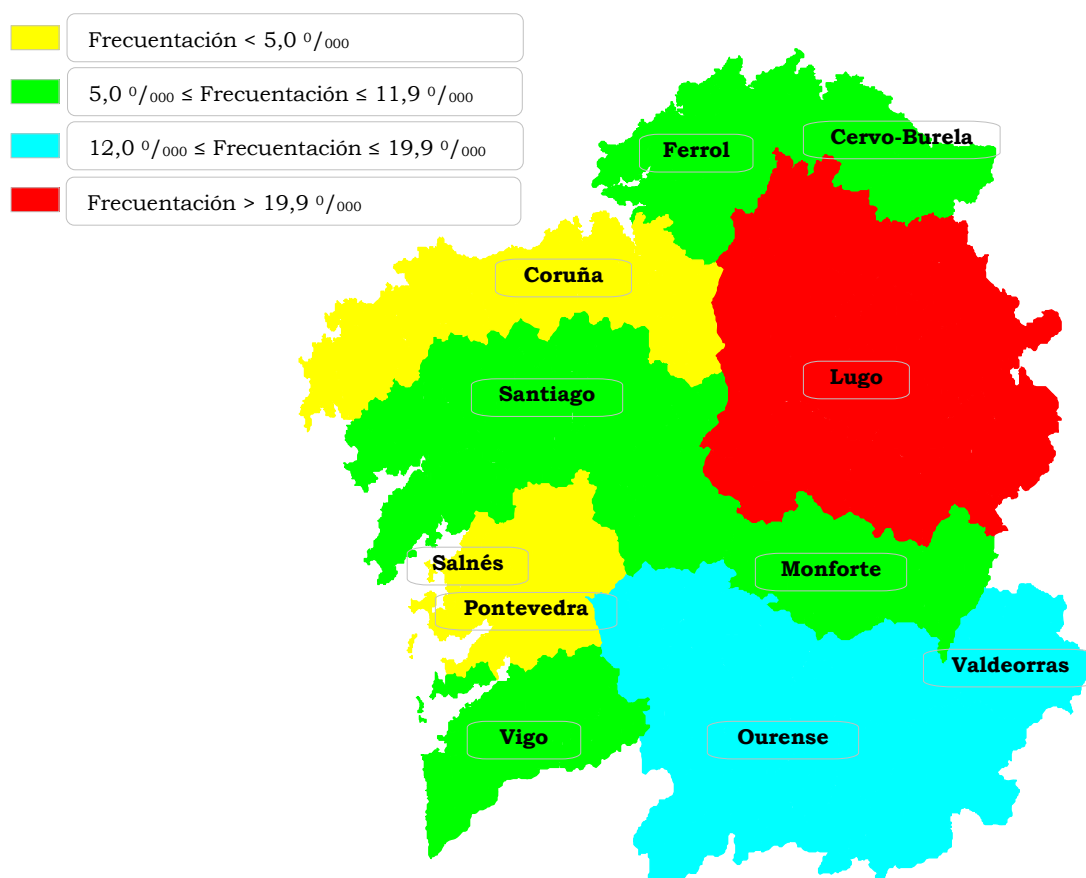
Dicho de otro modo, los residentes en Lugo ingresan en los hospitales para quimioterapia unas 15 veces más que los residentes de Pontevedra.

Las dos siguientes áreas con mayor frecuentación media anual son Ourense (15,59º/000) y Valdeorras (15,29º/000) a una enorme distancia de Lugo.

Las áreas de A Coruña y Salnés tienen frecuentaciones muy bajas, 3,60º/000 y

3,01⁰/₀₀₀ respectivamente. En este GDR la frecuentación del área de Ferrol no varía de manera significativa puesto que son episodios que no suelen derivarse a centro concertado.

Mapa 10. Frecuentación del GDR 410: Quimioterapia.
Área médica 2000 - 2004



Fuente: Elaboración propia

5.2.5.3. MOTIVOS DE INGRESO

Como señalábamos anteriormente los ingresos en este GDR 410 se producen por admisión para quimioterapia (código CIE V58.1) o para seguimiento después de tratamiento con (código V67.2).

En este período no se ha producido ningún ingreso para seguimiento, sino que todos se deben a admisión para quimioterapia.

5.2.5.4. DISTRIBUCIÓN DE LA DURACIÓN DE LA ESTANCIA

La distribución de la duración de la estancia en este GDR es más irregular, presenta un pico importante de 1 día de duración de estancia, más de un tercio de los episodios del GDR 410 tiene esta estancia, que desciende hasta el tercer día, y un segundo pico en los 4 y 5 días de estancia. La inmensa mayoría de los episodios se concentran en los primeros 8 días (Gráfico 31).

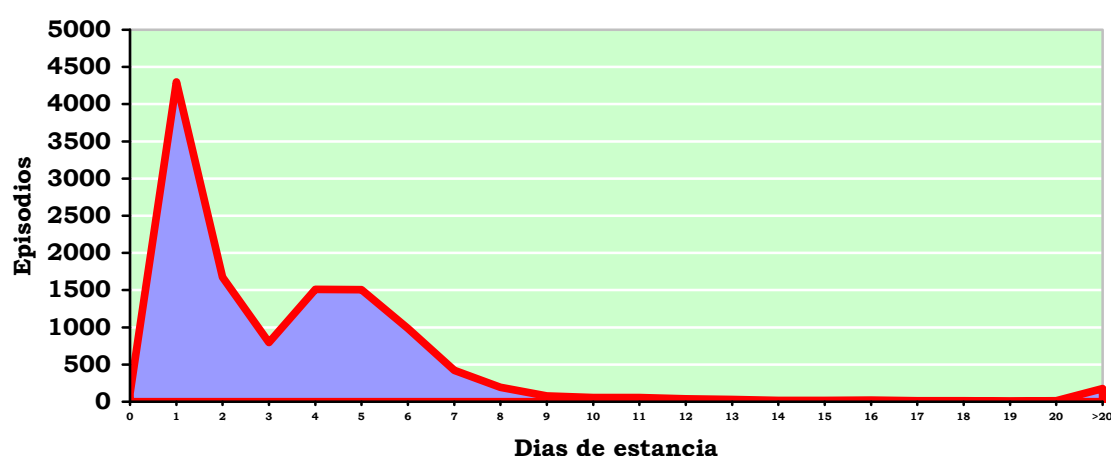


Gráfico 31. Duración de la estancia. GDR 410: Quimioterapia.
Área médica 2000 - 2004

EPISODIOS	12.040
ESTANCIA MEDIA BRUTA	3,64 días
COEFICIENTE DE VARIACIÓN BRUTO	1,18
PUNTO DE CORTE SUPERIOR	9,64
EPISODIOS EXTREMOS	466 (3,9%)
ESTANCIA MEDIA CORREGIDA	3,23 días
COEFICIENTE DE VARIACIÓN CORREGIDO	0,53

Esta distribución de los episodios hace que el coeficiente de variación sea muy alto, concretamente es de 1,18.

El punto de corte para el conjunto de la red de hospitales del Sergas es de 9,64 días y el 3,9% de los episodios son casos extremos, es decir, tienen una duración de la estancia superior a los 9,64 días.

No obstante la estancia media corregida pasa a 3,23 días y el coeficiente de variación corregido desciende de forma importante hasta colocarse en 0,53.

5.2.5.5. PUNTOS DE CORTE

Tomamos como casos extremos los que sobrepasan el punto de corte [**punto de corte** = **EM** + (1,5 x (Q3 - Q1))]. El punto de corte es 9,64 días, de esta forma nos encontramos con que el 3,9% de todos los episodios de este GDR son casos extremos, concretamente 466 episodios (Tabla 85).

Tabla 85: Estancia media. GDR 410: Quimioterapia.
Área médica 2000 - 2004

	EM BRUTA	CV BRUTO	PUNTO DE CORTE	% EPISODIOS EXTREMOS	EM CORREGIDA	CV CORREGIDO
CHUJC	5,36	0,73	8,36	15,1	4,82	0,25
CHUS	5,00	1,03	11,00	6,3	3,97	0,57
CHAM	3,06	0,60	7,56	2,2	2,94	0,54
CHPO	6,06	0,92	12,06	11,0	5,01	0,52
CHXCI	5,32	0,85	9,82	7,4	4,38	0,45
HM	3,91	0,67	9,91	1,6	3,78	0,55
POVISA	3,66	0,58	8,16	1,8	3,57	0,51
CHOU	4,36	1,28	8,86	6,1	3,31	0,58
CHXCa	1,88	1,57	1,88	23,4	1,00	0,00
TOTAL	3,64	1,18	9,64	3,9	3,23	0,53

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

Se excluyen del estudio las cuatro fundaciones públicas ya que dos no tienen casos y otras dos presentan solo un caso cada una, el Hospital da Costa que cuenta con seis casos de quimioterapia y los Hospitales Comarcales de Monforte con 15 episodios y Valdeorras con 28 episodios.

Los mayores coeficientes de variación brutos corresponden a los complejos hospitalarios de Ourense (1,28) y Xeral-Calde (1,57).

Con respecto a los puntos de corte, los más altos son los del C.H. de Pontevedra (12,06 días) y del C.H. Universitario de Santiago (11,00 días), mientras que el más bajo corresponde al C.H. Xeral-Calde (1,88 días).

Los casos extremos van desde el 1,6% del Hospital de Meixoeiro o el 1,8% de Povisa hasta el 23,4% del C.H. Xeral-Calde.

Como quiera que la inmensa mayoría de los casos del C.H. Xeral-Calde tienen una duración de la estancia de 1 día, al eliminar extremos la estancia media es de 1 día y el coeficiente de variación es 0 (Gráfico 32).

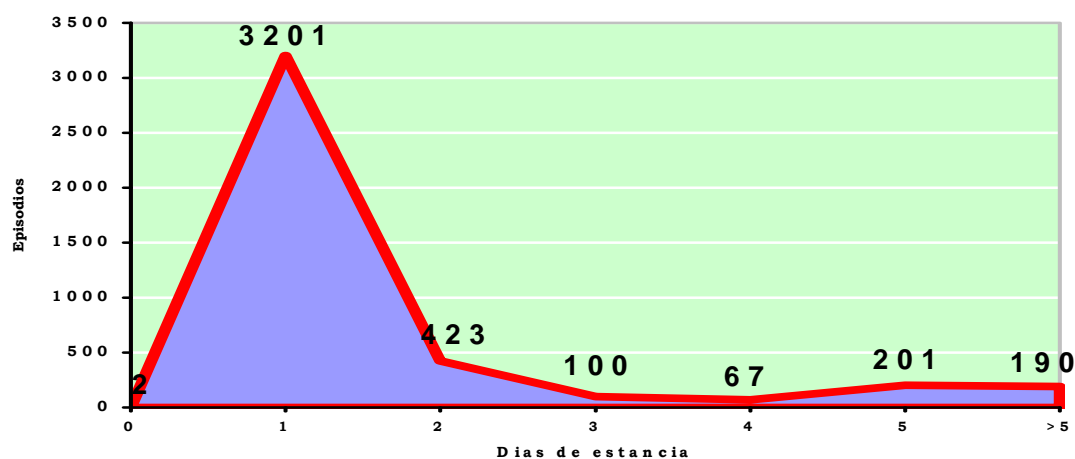


Gráfico 32. Duración de la estancia. GDR 410: Quimioterapia.
Área médica 2000 - 2004. C.H. Xeral-Calde

EPISODIOS	4.184
ESTANCIA MEDIA BRUTA	1,88 días
COEFICIENTE DE VARIACIÓN BRUTO	1,57
PUNTO DE CORTE SUPERIOR	1,88
EPISODIOS EXTREMOS	981 (23,4%)
ESTANCIA MEDIA CORREGIDA	1,00
COEFICIENTE DE VARIACIÓN CORREGIDO	0,00

5.2.5.6. DISTRIBUCIÓN DE EPISODIOS POR GRUPOS DE EDAD

Los pacientes de 45 a 64 años suponen el 44,2% de los ingresos para quimioterapia, seguido del grupo de 65 a 74 años con el 28,5%. Los menores de 45 años suponen el 17,3% y los mayores de 74 años el 10% (Tabla 86).

Teniendo en cuenta los hospitales con más de 30 casos, los porcentajes más altos de pacientes de 45 a 74 años corresponden al C.H. de Ourense (79,4%), al C.H. Arquitecto Marcide (78,2%) y a Povisa (77,2%) y el menor al C.H. de Pontevedra (55,8%).

Las estancias medias son algo más prolongadas en los grupos de menor edad (4,86 días en los menores de 15 años y 4,46 días en los de 15 a 44 años). Sin embargo este dato no se mantiene en todos los hospitales de la red del Sergas.

En algunos hospitales las estancias medias de los mayores de 74 años son bas-

tante altas, en esta situación está el C.H. Universitario de Santiago y el C.H. Xeral-Cies.

Tabla 86: Estancia media por grupos de edad.
GDR 410: Quimioterapia. Área médica 2000 - 2004

	< 15		15-44		45-64		65-74		>74		TOTAL	
	% EP	EM	% EP	EM	% EP	EM	% EP	EM	% EP	EM	Nº EP	EM
CHUJC	0,5	6,40	24,5	5,58	38,9	5,35	27,2	5,46	8,8	4,45	914	5,36
FPHVX	0,0	-	0,0	-	100,0	7,00	0,0	-	0,0	-	1	7,00
CHUS	0,2	3,31	28,8	5,17	44,7	4,39	19,7	5,88	6,6	5,82	1.805	5,00
FPHB	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0	-
CHAM	0,0	-	13,7	2,30	46,0	2,90	32,2	3,68	8,1	2,78	335	3,06
CHPO	8,1	5,57	27,2	5,40	36,7	6,69	19,1	6,78	8,8	4,32	283	6,06
FPHS	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0	-
CHXCI	11,0	4,89	23,1	5,79	42,1	4,96	19,2	5,51	4,6	7,20	655	5,32
HM	0,0	-	19,2	3,16	45,3	4,37	25,8	3,75	9,7	3,29	411	3,91
POVISA	0,0	-	17,3	3,67	55,1	3,74	22,1	3,69	5,6	2,82	1.186	3,66
CHOU	0,0	-	14,7	4,66	50,6	3,90	28,8	5,03	5,9	4,29	2.216	4,36
HCV	0,0	-	0,0	-	14,3	2,75	3,6	4,00	82,1	3,26	28	3,21
FPHV	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	100,0	6,00	1	6,00
HCM	0,0	-	0,0	-	46,7	2,86	53,3	2,00	0,0	-	15	2,40
CHXCa	0,0	1,00	8,2	2,51	39,6	1,70	36,4	2,03	15,9	1,64	4.184	1,88
HC	0,0	-	0,0	-	0,0	-	50,0	3,00	50,0	3,67	6	3,33
TOTAL	0,9	4,86	16,4	4,46	44,2	3,46	28,5	3,67	10,0	2,93	12.040	3,64

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

5.2.5.7. DISTRIBUCIÓN DE EPISODIOS POR SEXO

Dos terceras partes de los ingresos del Sergas para quimioterapia son varones (69%) (Tabla 87).

Esta proporción de varones varía entre hospitales, excluyendo los centros con pocos casos, desde el 53,4% del C.H. Universitario Juan Canalejo hasta el 73,3% del C.H. de Ourense.

La estancia media es medio día superior en mujeres, 4,03 días por 3,47 días en los varones.

Sin embargo en algunos centros hospitalarios tienen mayor estancia media los varones, este hecho se produce en el Hospital Meixoeiro (4,35 días en varones por 3,14 en mujeres) y en Povisa (3,67 por 3,65 días).

Tabla 87: Estancia media por sexo.
GDR 410: Quimioterapia. Área médica 2000 - 2004

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	% EP	EM	% EP	EM	Nº EP	EM
CHUJC	53,4	5,35	46,6	5,38	914	5,36
FPHVX	0,0	0,00	100,0	7,00	1	7,00
CHUS	66,5	4,70	33,5	5,59	1.805	5,00
FPHB	0,0	-	0,0	-	0	-
CHAM	59,7	2,77	40,3	3,49	335	3,06
CHPO	62,9	5,85	37,1	6,41	283	6,06
FPHS	0,0	-	0,0	-	0	-
CHXCI	67,8	5,30	32,2	5,37	655	5,32
HM	68,6	4,35	31,4	3,14	411	3,91
POVISA	70,9	3,67	29,1	3,65	1.186	3,66
CHOU	73,3	4,14	26,7	4,95	2.216	4,36
HCV	50,0	3,29	50,0	3,14	28	3,21
FPHV	100,0	6,00	0,0	-	1	6,00
HCM	53,3	2,00	46,7	2,86	15	2,40
CHXCa	72,4	1,78	27,6	2,12	4.184	1,88
HC	83,3	3,80	16,7	1,00	6	3,33
TOTAL	69,0	3,47	31,0	4,03	12.040	3,64

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

5.2.5.8. DISTRIBUCIÓN DE EPISODIOS POR CIRCUNSTANCIA DE INGRESO

En el conjunto del Sergas los episodios urgentes son algo más frecuentes que los programados (Tabla 88).

Sin embargo el comportamiento por hospital no refleja esta situación. Existen tres bloques de centros.

Aquellos que los porcentajes de ingreso urgente y programado son relativamente importantes, en este grupo estarían el C.H. Universitario de Santiago (en el 39,8% de los episodios el ingreso es programado), el C.H. Arquitecto Marcide (programa el 55,2% de los ingresos) y el C.H. de Ourense (programa el 60,2%).

En otros centros prima la programación del ingreso, como en el caso del C.H. Universitario Juan Canalejo (99,3% de los ingresos son programados), Povisa (99,9%) y el C.H. Xeral-Cies (89,9%).

Por último existen centros donde la forma muy mayoritaria de ingreso es la urgente, en esta situación están el C.H. de Pontevedra (99,6% son ingresos urgentes) y el C.H. Xeral-Calde (86,6%).

Tabla 88: Estancia media por tipo de ingreso.
GDR 410: Quimioterapia. Área médica 2000 - 2004

	PROGRAMADO		URGENTE		TOTAL	
	% EP	EM	% EP	EM	Nº EP	EM
CHUJC	99,3	5,30	0,7	15,17	914	5,36
FPHVX	0,0	-	100,0	7,00	1	7,00
CHUS	39,8	5,56	60,2	4,63	1.805	5,00
FPHB	0,0	-	0,0	-	0	-
CHAM	55,2	2,79	44,8	3,39	335	3,06
CHPO	0,4	20,00	99,6	6,01	283	6,06
FPHS	0,0	-	0,0	-	0	-
CHXCi	89,9	5,21	10,1	6,21	655	5,32
HM	29,7	3,77	70,3	3,96	411	3,91
POVISA	99,9	3,66	0,1	6,00	1.186	3,66
CHOU	60,2	3,73	39,8	5,30	2.216	4,36
HCV	0,0	-	100,0	3,21	28	3,21
FPHV	0,0	-	100,0	6,00	1	6,00
HCM	53,3	2,13	46,7	2,71	15	2,40
CHXCa	13,4	1,69	86,6	1,90	4.184	1,88
HC	83,3	3,60	16,7	2,00	6	3,33
TOTAL	46,7	4,13	53,3	3,21	12.040	3,64

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

5.2.5.9. DISTRIBUCIÓN DE EPISODIOS POR TIPO DE ALTA

Más del 99% de los episodios de quimioterapia son dados de alta a domicilio (Tabla 89). Son por tanto enormemente escasos los episodios que presentan otros tipos de alta.

Quizás lo más destacable son los porcentajes de altas voluntarias (0,2%) y los exitus (0,2%).

Respecto a la estancia media, el comportamiento de este indicador en las altas a domicilio marca la estancia media de cada centro. Las estancias medias de los exitus tienden a ser más largas.

En este sentido, en el C.H. Universitario Juan Canalejo la estancia media de los

exitus es 18 días más larga que en las altas a domicilio y, esta diferencia alcanza los 11 días en el C.H. de Ourense.

Tabla 89: Estancia media por tipo de alta.
GDR 410: Quimioterapia. Área médica 2000 - 2004

	DOMICILIO		TR. HOSP		TR. SOC		VOLUNT		EXITUS		TOTAL	
	% EP	EM	% EP	EM	% EP	EM	% EP	EM	% EP	EM	Nº EP	EM
CHUJC	99,5	5,33	0,1	6,00	0,0	-	0,2	4,50	0,2	23,00	914	5,36
FPHVX	100,0	7,00	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	1	7,00
CHUS	99,7	5,00	0,0	-	0,0	-	0,1	1,00	0,2	6,75	1.805	5,00
FPHB	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0	-
CHAM	100,0	3,06	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	335	3,06
CHPO	99,3	6,05	0,4	9,00	0,0	-	0,0	-	0,4	6,00	283	6,06
FPHS	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0	-
CHXCI	99,4	5,31	0,0	-	0,0	-	0,3	4,50	0,3	14,00	655	5,32
HM	99,8	3,91	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,2	-	411	3,91
POVISA	99,8	3,66	0,0	-	0,0	-	0,2	4,00	0,0	-	1.186	3,66
CHOU	99,5	4,31	0,0	2,00	0,0	-	0,0	0,00	0,5	15,20	2.216	4,36
HCV	100,0	3,21	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	28	3,21
FPHV	100,0	6,00	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	1	6,00
HCM	100,0	2,40	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	15	2,40
CHXCa	99,6	1,87	0,0	20,00	0,0	-	0,3	0,91	0,1	8,60	4.184	1,88
HC	100,0	3,33	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	6	3,33
TOTAL	99,6	3,62	0,0	9,25	0,0	-	0,2	1,95	0,2	12,00	12.040	3,64

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

5.2.5.10. EPISODIOS CORTOS Y REINGRESOS

El 36,6% de los episodios del GDR 410 permanecen menos de dos días ingresados en los hospitales (Tabla 90).

Pero este porcentaje varía entre el 76,5% de los episodios en el C.H. Xeral-Calde o el 24,9% en el C.H. de Ourense y el 1,5% en el C.H. Universitario Juan Canalejo o el 6,5% en el C.H. Xeral-Cies.

Por otra parte, y como cabría esperar, el porcentaje de reingresos es del 72,7%, aunque este porcentaje alcanza el 84,8% en el C.H. Xeral-Calde, mientras que es del 50,9% en el C.H. de Pontevedra.

El tiempo que transcurre entre el reingreso y el ingreso previo se sitúa en el 40,1% de los casos entre 16 y 30 días y en el 37,2% entre 4 y 15 días.

El porcentaje de reingresos de más de 30 días de efectuado el ingreso previo es del 22,7%, pero en algunos centros se eleva considerablemente, así el C.H. Universitario Juan Canalejo alcanza, en este apartado, el 73,8%.

Tabla 90: Datos de calidad.
GDR 410: Quimioterapia. Área médica 2000 - 2004

	EPISODIOS			REINGRESOS				
	TOTAL	% 0 DÍAS	% 1 DÍA	TOTAL	% <4 DÍAS	% 4-15 DÍAS	% 16-30 DÍAS	% >30 DÍAS
CHUJC	914	0,0	1,5	604 66,1%	0,0	3,3	22,8	73,8
FPHVX	1	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
CHUS	1.805	0,6	19,7	1.199 66,4%	0,1	6,2	50,5	43,2
FPHB	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
CHAM	335	0,0	15,2	211 63,0%	0,0	17,5	60,7	21,8
CHPO	283	3,9	5,7	144 50,9%	0,0	9,7	52,8	37,5
FPHS	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
CHXCi	651	0,8	5,7	407 62,5%	0,0	12,0	53,8	34,2
HM	415	1,9	7,7	239 57,6%	0,0	4,6	59,0	36,4
POVISA	1.186	0,7	8,3	832 70,2%	0,0	1,9	77,8	20,3
CHOU	2.216	3,0	21,9	1.556 70,2%	0,1	14,1	65,5	20,3
HCV	28	0,0	3,6	17 60,7%	0,0	0,0	29,4	70,6
FPHV	1	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
HCM	15	0,0	20,0	9 60,0%	0,0	0,0	55,6	44,4
CHXCa	4.184	0,0	76,5	3.530 84,8%	0,0	79,6	14,9	5,5
HC	6	0,0	33,3	3 50,0%	0,0	33,3	66,7	0,0
TOTAL	12.040	0,9	35,7	8.751 72,7%	0,0	37,2	40,1	22,7

Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

5.3. ANÁLISIS DE COSTES

De los 16 centros hospitalarios que componen la red del Sergas, como ya se comentó, 1 es privado concertado con sector de población asignado (POVISA), 4 son fundaciones públicas (FPHVX, FPHB, FPHS y FPHV) y 11 son de modelo de gestión tradicional. El coste de la UPH está disponible únicamente en estos últimos (Tabla 91).

La metodología para su cálculo se especifica en el correspondiente apartado de material y métodos.

En general los costes sufren incrementos, generalmente pequeños, cada año. El coste más bajo de la UPH corresponde en este período al C.H. de Ourense salvo en el año 2000 que le corresponde al C.H. Arquitecto Marcide, por el contrario, las tarifas más alta corresponden, al principio del período, al C.H. Universitario de Santiago, en los años 2002 y 2003 al C.H. de Pontevedra y en el último año del período al Hospital Comarcal de Valdeorras.

Como cabe suponer, las variaciones en las tarifas dependen del nivel de gasto, normalmente incrementalista, y del nivel de producción alcanzado en cada año por cada uno de los centros.

Las diferencias entre los costes extremos de la UPH en cada año tienden a disminuir, en el año 2000 es de 368,48 € mientras que en el año 2003 es de 309,30 €. Esta tendencia se rompe en el año 2004 en que la diferencia es de 507,50 €.

Tabla 91: Coste de la UPH

HOSPITALES	Coste de la UPH (€)				
	2000	2001	2002	2003	2004
CHUJC	1.901,52	1.959,21	2.029,58	2.013,50	2.113,11
CHUS	2.040,21	2.096,03	2.135,85	2.158,97	2.400,75
CHAM	1.671,73	1.929,19	2.031,36	2.082,86	2.280,32
CHPO	1.711,34	2.004,86	2.160,56	2.200,25	2.304,06
CHXCI	1.874,13	1.914,89	1.878,24	1.999,91	2.213,96
HM	1.724,12	1.964,30	2.047,85	2.082,70	2.299,37
CHOU	1.785,54	1.748,39	1.842,24	1.890,95	2.056,22
HCV	1.729,51	1.803,78	2.120,06	2.039,96	2.563,72
HCM	1.893,52	1.888,66	1.951,65	1.933,39	2.359,57
CHXCa	1.730,53	1.808,49	2.067,14	1.984,96	2.320,06
HC	1.841,80	1.924,62	2.127,85	2.135,17	2.387,16

Fuente: División de Asistencia Sanitaria del Sergas

5.3.1. COSTES TOTALES

El gasto total, capítulos I (gastos de personal) y II (gastos en bienes corrientes y servicios), de los hospitales públicos del Sergas alcanza la cifra, en el período 2000 a 2004, de 5.308.186.236,68 € (Tabla 92). Los incrementos respecto al año precedente son del 7,5% en el año 2001, del 5,6% en el 2002, del 5,3% en el 2003 y del 9,7% en el año 2004.

Esto supone un incremento acumulado del 31,1% entre el año 2000 y el 2004. Los mayores incrementos en este periodo corresponden a los centros hospitalarios de la provincia de Lugo, HC 47,1%, CHXCa 41,9% y HCM 38,8%, y los incrementos más bajos a CHPO 27,9%, CHUS 27,6% y CHXCI 25,5%.

En el período estudiado 12 centros tuvieron incrementos interanuales mayores del 10%. En el año 2001 cinco hospitales superan este porcentaje H. da Costa (12,5%), C.H. Xeral-Calde (11,9%), H. Comarcal de Valdeorras (11,2%), H. Comarcal de Monforte (10,3%) y C.H. Arquitecto Marcide (10,1%).

En el año 2002 dos centros C.H. Xeral-Calde (10,5%) y H. Meixoeiro (10,2%). En el año 2003 ningún centro alcanza el 10% de incremento de gasto respecto al año 2002.

En el año 2004 lo alcanzan cinco hospitales, H. Comarcal de Monforte (16,5%), H. da Costa (16,3%), C.H. Xeral-Calde (13,6%), C.H. de Ourense (12,0%) y C.H. Arquitecto Marcide (11,1%).

No se dispone de información de gasto en centros concertados.

Tabla 92: Gasto capítulos I y II. Red de hospitales del Sergas

HOSPIT.	Gasto capítulos I y II (€)					
	2000	2001	2002	2003	2004	TOTAL
CHUJC	188.012.146,30	203.987.120,00	217.842.167,68	228.052.786,92	246.982.329,08	1.084.876.549,98
CHUS	183.827.515,44	190.177.144,00	199.991.722,14	214.139.945,14	234.554.639,40	1.022.690.966,12
CHAM	50.423.057,97	55.493.171,00	57.279.168,89	61.133.878,24	67.898.169,79	292.227.445,89
CHPO	94.241.854,42	102.523.346,00	103.820.121,93	110.138.194,98	120.569.879,44	531.293.396,77
CHXCI	107.718.858,30	112.634.258,00	118.839.306,92	126.276.719,55	135.221.088,06	600.690.230,83
HM	60.897.913,92	64.251.627,00	70.788.608,78	75.231.672,33	80.214.253,12	351.384.075,15
CHOU	112.861.624,27	123.554.688,00	127.816.713,56	132.136.421,95	147.972.746,31	644.342.194,09
HCV	13.385.888,43	14.889.920,00	15.661.262,86	16.761.878,59	17.531.590,66	78.230.540,54
HCM	16.117.273,99	17.770.586,00	18.647.216,37	19.197.949,52	22.374.281,36	94.107.307,24
CHXCa	81.421.638,46	91.083.126,00	100.655.758,17	101.680.107,21	115.536.829,98	490.377.459,82
HC	19.591.573,03	22.047.318,00	22.722.789,55	24.787.398,88	28.816.990,79	117.966.070,25
SERGAS	928.499.344,53	998.412.304,00	1.054.064.836,85	1.109.536.953,31	1.217.672.797,99	5.308.186.236,68

Fuente: División de Asistencia Sanitaria del Sergas

5.3.2. COSTES DE HOSPITALIZACIÓN

El gasto total de hospitalización (Tabla 93), incluyendo todas las áreas, médica, quirúrgica, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica y UCI, alcanza, en el período estudiado, los 3.320.766.162,18 €.

Tabla 93: Gasto total en hospitalización. Red de hospitales del Sergas

HOSPITALES	Gasto total en hospitalización (UPH producidas x Coste UPH) (€)					
	2000	2001	2002	2003	2004	TOTAL
CHUJC	130.164.653,48	139.284.960,60	147.057.724,57	150.308.822,02	160.331.312,61	727.147.473,28
CHUS	117.484.431,94	125.180.340,32	132.274.322,50	134.129.055,40	148.638.691,08	657.706.841,24
CHAM	29.418.101,50	33.462.032,05	34.681.754,61	36.525.699,48	41.987.167,31	176.074.754,95
CHPO	56.680.333,79	61.185.961,47	63.760.718,27	65.425.335,85	67.382.349,90	314.434.699,28
CHXCI	55.912.869,39	53.563.647,76	58.301.133,07	62.177.461,89	67.616.973,01	297.572.085,12
HM	36.606.171,02	41.496.623,22	50.293.025,28	52.551.165,42	58.192.111,05	239.139.095,99
CHOU	77.025.445,87	75.798.266,38	80.489.344,68	83.517.456,28	87.870.526,04	404.701.039,26
HCV	8.141.789,39	9.228.625,50	10.393.700,15	10.556.160,61	12.088.273,08	50.408.548,74
HCM	10.089.848,54	10.026.008,27	10.973.015,51	11.046.385,10	12.492.082,69	54.627.340,10
CHXCa	54.206.533,34	58.812.999,05	69.451.356,29	65.759.501,64	78.336.941,90	326.567.332,22
HC	12.777.579,59	12.991.281,23	13.696.906,61	15.009.988,88	17.911.195,68	72.386.952,00
SERGAS	588.507.757,85	621.030.745,84	671.373.001,56	687.007.032,57	752.847.624,37	3.320.766.162,18

Fuente: División de Asistencia Sanitaria del Sergas

El incremento del gasto de hospitalización del año 2004 respecto al 2000 es del 27,9% en el conjunto del Sergas, oscila entre el 14,1% del C.H. de Ourense y el 59,0% del Hospital Meixoeiro.

El incremento del citado gasto por año respecto del anterior es del 5,5% en el año 2001, del 8,1% en el 2002, del 2,3% en el 2003 y del 9,6% en el año 2004.

Algunos centros incrementan el gasto de hospitalización más de un 10% interanual, en esta situación están:

- el C.H. Arquitecto Marcide, Hospital Meixoeiro y H. Comarcal de Valdeorras en el año 2001 respecto al 2000;
- el Hospital Meixoeiro, H. Comarcal de Valdeorras y C.H. Xeral-Calde en el 2002 respecto al 2001;
- en el año 2003 ningún centro alcanzó dicho incremento
- en el año 2004 los C.H. Universitario de Santiago, Arquitecto Marcide y Xeral-

Calde, los Hospitales Meixoeiro y Costa y los Comarcales de Valdeorras y Monforte.

5.3.3. COSTES DEL ÁREA MÉDICA

El gasto de la hospitalización médica (Tabla 94) alcanza, en el período estudiado, los 1.457.402.845,86 €.

El incremento del gasto de hospitalización médica del año 2004 respecto al 2000 es del 32,1% en el conjunto del Sergas, oscila entre el 19,0% del C.H. de Ourense y el 60,6% del C.H. Arquitecto Marcide.

Tabla 94: Gasto en hospitalización del área médica. Red de hospitales del Sergas

HOSPIT.	Gasto en hospitalización médica (UPH producidas x Coste UPH) (€)					
	2000	2001	2002	2003	2004	TOTAL
CHUJC	58.198.320,44	61.709.942,69	69.353.590,01	70.500.306,44	75.321.045,23	335.083.204,80
CHUS	46.190.640,03	48.743.429,17	51.319.178,59	54.085.739,21	61.555.950,23	261.894.937,23
CHAM	11.522.984,13	12.925.380,08	13.458.024,08	16.070.431,30	18.507.259,55	72.484.079,14
CHPO	22.308.412,16	24.750.417,72	27.387.755,49	28.993.266,32	30.240.879,66	133.680.731,34
CHXCI	17.403.039,99	16.240.507,62	17.474.280,97	18.909.269,04	22.120.028,59	92.147.126,22
HM	19.681.398,76	21.104.340,99	23.425.888,59	23.773.020,80	25.706.634,69	113.691.283,83
CHOU	38.111.851,35	38.077.678,78	41.502.535,39	42.077.305,94	45.370.843,86	205.140.215,32
HCV	4.213.605,21	4.488.201,47	5.045.488,39	5.519.111,78	6.042.354,76	25.308.761,61
HCM	3.394.551,17	3.218.503,28	3.458.714,13	3.897.907,58	4.620.226,83	18.589.902,99
CHXCa	29.509.049,48	32.233.187,48	39.497.278,08	35.175.793,75	41.258.833,41	177.674.142,20
HC	3.882.956,43	3.734.455,66	3.974.100,33	4.749.109,17	5.367.839,59	21.708.461,19
SERGAS	254.416.809,15	267.226.044,94	295.896.834,06	303.751.261,34	336.111.896,39	1.457.402.845,86

Fuente: División de Asistencia Sanitaria del Sergas

El incremento del citado gasto por año es del 5,0% en el año 2001 respecto al 2000, del 10,7% del 2002 respecto al 2001, del 2,7% del 2003 respecto al 2002 y del 10,7% del año 2004 respecto al 2003.

Algunos centros incrementan el gasto de hospitalización más de un 10% interanual, en esta situación están:

- el C.H. Arquitecto Marcide y C.H. de Pontevedra en el año 2001 respecto al 2000;
- el C.H. Universitario Juan Canalejo, el C.H. de Pontevedra, Hospital Meixoeiro, H. Comarcal de Valdeorras y C.H. Xeral-Calde en el 2002 respecto al 2001;

- el C.H. Arquitecto Marcide, H. Comarcal de Monforte y H. da Costa en el año 2003 respecto al 2002;
- en el año 2004 los C.H. Universitario de Santiago, Arquitecto Marcide, Xeral-Cies y Xeral-Calde, el Hospital da Costa y el Comarcal de Monforte.

El gasto de la hospitalización es el 62,6% del gasto total en la red de hospitales del Sergas (Tabla 95), mientras que el gasto de la hospitalización médica es el 43,9% del gasto total de hospitalización.

Esta situación varía por centros, los mayores porcentajes de gasto de hospitalización corresponden al Hospital Meixoeiro (68,1% del total) y al C.H. Universitario Juan Canalejo (67,0%) mientras que los porcentajes más bajos son los del C.H. Xeral-Cies (49,5%) y al H. Comarcal de Monforte (58,0%).

Los porcentajes más altos de gasto en la hospitalización médica corresponden al C.H. Xeral-Calde (54,4%), al C.H. de Ourense (50,7%) y al H. Comarcal de Valdeorras (50,2%), mientras que los porcentajes más bajos los presentan el H. da Costa (30,0%), el C.H. Xeral-Cies (31,0%) y el H. Comarcal de Monforte (34,0%).

Tabla 95: Gasto en hospitalización.
Red de hospitales del Sergas. 2000 a 2004

HOSPITALES	Gasto en hospitalización (UPH producidas x Coste UPH) (€)				
	GASTO I y II (€)	GASTO HOSPITALIZ.		GASTO HOSPITALIZ. MÉDICA	
		€	% s/total	€	% s/hospit.
CHUJC	1.084.876.549,98	727.147.473,28	67,0	335.083.204,80	46,1
CHUS	1.022.690.966,12	657.706.841,24	64,3	261.894.937,23	39,8
CHAM	292.227.445,89	176.074.754,95	60,3	72.484.079,14	41,2
CHPO	531.293.396,77	314.434.699,28	59,2	133.680.731,34	42,5
CHXCi	600.690.230,83	297.572.085,12	49,5	92.147.126,22	31,0
HM	351.384.075,15	239.139.095,99	68,1	113.691.283,83	47,5
CHOU	644.342.194,09	404.701.039,26	62,8	205.140.215,32	50,7
HCV	78.230.540,54	50.408.548,74	64,4	25.308.761,61	50,2
HCM	94.107.307,24	54.627.340,10	58,0	18.589.902,99	34,0
CHXCa	490.377.459,82	326.567.332,22	66,6	177.674.142,20	54,4
HC	117.966.070,25	72.386.952,00	61,4	21.708.461,19	30,0
SERGAS	5.308.186.236,68	3.320.766.162,18	62,6	1.457.402.845,86	43,9

% s/total: porcentaje sobre total. % s/hospit.: porcentaje sobre hospitalización

Fuente: División de Asistencia Sanitaria del Sergas

Los C.H. Universitarios Juan Canalejo y de Santiago suponen el 39,7% del gasto total de la red del Sergas en el período 2000 a 2004, el 41,7% del gasto total de

hospitalización y el 41,0% del gasto de la hospitalización médica.

Si a estas cifras unimos el tercer centro de más gasto, el C.H. de Ourense, las cifras pasan al 51,8% en gasto total, 53,9% en gasto de hospitalización y 55,0% en gasto de hospitalización médica.

Tabla 96: Gasto en hospitalización del área médica por habitante protegido.
Red de hospitales del Sergas. 2000 a 2004

HOSPIT.	Gasto en hospitalización por habitante (€)					
	GASTO I y II		GASTO HOSPITALIZ.		GASTO HOSPITAL. MÉDICA	
	€	% variación sobre media	€	% variación sobre media	€	% variación sobre media
CHUJC	2.116,77	0,02	1.418,78	7,16	653,80	12,51
CHUS	2.401,18	13,45	1.544,23	16,63	614,90	5,82
CHAM	1.519,46	-28,21	915,51	-30,85	376,89	-35,14
CHPO	1.811,58	-14,40	1.072,14	-19,02	455,82	-21,56
CHXCI	2.445,23	15,54	1.211,33	-8,51	375,10	-35,45
HM	2.041,42	-3,54	1.389,32	4,93	660,51	13,67
CHOU	2.233,07	5,51	1.402,56	5,93	710,95	22,35
HCV	2.113,17	-0,15	1.361,64	2,84	683,64	17,65
HCM	1.842,96	-12,92	1.069,80	-19,20	364,06	-37,35
CHXCa	2.240,14	5,84	1.491,82	12,67	811,65	39,68
HC	1.667,81	-21,20	1.023,41	-22,70	306,92	-47,18
SERGAS	2.116,44	0,00	1.324,03	0,00	581,08	0,00

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 96 ofrecemos los datos de gasto por habitante. En gasto total las áreas con menos gasto por habitante son las del sector C.H. Arquitecto Marcide y Costa, mientras que las de mayor gasto son los sectores del C.H. Xeral-Cies y del C.H. Universitario de Santiago.

Respecto al gasto total de hospitalización por habitante, los más elevados corresponden a los sectores del C.H. Universitario de Santiago y al del C.H. Xeral-Calde y los más bajos al sector del C.H. Arquitecto Marcide y al del H. da Costa.

En gasto de hospitalización médica por habitante, los más bajos son los de Cervo-Burela, Monforte, Vigo y Ferrol mientras que los más altos corresponden a Lugo y Ourense.

6. DISCUSIÓN

Discusión sobre:
Producción
Comportamiento GDRs
Costes

6.1. PRODUCCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN

A pesar de la importante preocupación que la Administración Sanitaria muestra por la hospitalización quirúrgica, sin duda debido a las demoras que se producen en ocasiones para las intervenciones, es clara la importancia de la hospitalización médica en el sistema sanitario gallego, como lo demuestra el hecho de ser el área que mayor volumen de producción arroja.

Por el contrario, las áreas obstétrica y pediátrica dirigen su actividad a una población específica cada vez más pequeña en nuestra Comunidad Autónoma, embarazadas y niños, el área psiquiátrica tiene una actividad muy reducida, a pesar de que los problemas mentales cobran cada vez mayor protagonismo y los cuidados intensivos son claves para unos buenos resultados de la hospitalización, pero no deja de ser una actividad intensa pero corta en el tiempo y, generalmente, para estabilizar situaciones graves que posteriormente han de ser resueltas en otras áreas de hospitalización.

El área médica, además, maneja unos procesos clínicos complejos como demuestra su alta complejidad de casuística, solo superada por el área de cuidados intensivos.

Si nos detenemos en el análisis a lo largo del período de estudio, comprobamos que la importancia del área médica va creciendo con el tiempo, es decir, cada año van aumentando ligeramente tanto los episodios de hospitalización, como la producción y la complejidad de las hospitalizaciones que se atienden.

Debemos, no obstante, señalar que la estancia media tiene un buen comportamiento durante los primeros años del estudio, pero dicho comportamiento varía en el último año en que sufre un incremento brusco que no se justifica por la complejidad de la casuística.

Sin duda, uno de los elementos que más debe influir en la duración de la estancia de los episodios de hospitalización es la complejidad de los casos que se atienden, es decir, cuanto mayor peso medio tiene la casuística atendida más esperable es una estancia media prolongada. En el año 2004 la estancia media sube de forma brusca, 0,4 días respecto a la del año 2003, mientras que la complejidad aumenta menos de dos centésimas, de 1,8062 a 1,8229.

Un crecimiento de la complejidad de menos del 1% se asocia a un aumento de la estancia media de cerca del 4%, es decir, otros factores están condicionando esta estancia media.

Sin duda estos factores son de tipo organizativo, el enorme volumen de ingresos urgentes que no permiten una mínima programación hacen que el área médica

funcione siempre pendiente de la actividad de la puerta de urgencias, aunque sin duda una mayor disciplina en la organización de las altas ayudaría a mejorar la situación.

Respecto a esta cuestión, debemos señalar, para terminar, que se han puesto en marcha otras medidas que, sin duda, debieran tender a disminuir la estancia media, hecho que como se comprueba no sucede, nos referimos a la puesta en marcha de los hospitales de día y de la hospitalización a domicilio. Sobre todo esta última se dirige a evitar largas estancias en el hospital de pacientes que, con un soporte adecuado, pueden ser atendidos a domicilio (Tabla 97 del anexo I).

Naturalmente es esperable una importante diferencia entre hospitales, tanto en episodios de hospitalización ingresados, como en producción, estancia media o complejidad de casuística. Toda la actividad depende del nivel del hospital, es decir, del número de especialidades del área médica, del número de facultativos y del número de camas, muy diferente entre centros sanitarios.

En los grandes complejos hospitalarios los tres elementos alcanzan cifras importantes, mientras que en los hospitales comarcales y fundaciones hospitalarias estas cifras bajan mucho. La planificación de estos recursos se realiza, básicamente, en función del volumen de población de referencia. Otro elemento importante es que determinadas especialidades solo están presentes en algunos hospitales que sirven de referencia para otros de menor nivel.

En función de todo ello, y como cabría esperar, la actividad se concentra en los grandes complejos hospitalarios. No obstante llama la atención el bajo nivel de actividad del área médica del C.H. Xeral-Cies de Vigo, comparable al del C.H. Arquitecto-Marcide y menor que el Hospital Meixoeiro o Povisa.

Para explicar este hecho debe tenerse en cuenta que el C.H. Xeral-Cies es de referencia para toda el área de Vigo en el área materno-infantil, es decir, en las áreas obstétrica y pediátrica, sin duda este hecho resta cierta importancia en cuanto a nivel de producción al área médica.

Respecto a la estancia media son muy llamativos algunos de los datos obtenidos. En este sentido las cifra de estancia media de la F.P. Hospital da Barbanza, el C.H. Arquitecto Marcide y, en menor medida, el H. Comarcal de Valdeorras están por encima de las que cabría esperar para el nivel del centro y para la complejidad de su casuística.

En cuanto a la complejidad de la casuística por centro hospitalario, es de destacar que sea el Hospital Meixoeiro el que alcance el mayor peso medio, este hecho no concuerda con el nivel del hospital en esta área, aunque existe un elemento que lo justifica, al menos en una parte importante. Nos referimos al hecho de que este centro sea de referencia para las provincias de Pontevedra y Ourense en las cardiología intervencionista lo que supone un aumento claro de la complejidad

en los procedimientos en el servicio de cardiología.

Consideramos importante destacar, en este aspecto, que la complejidad de la casuística del C.H. Xeral-Calde y del Policlínico Vigo (Povisa) están algo por debajo de lo esperado. Este hecho no parece tener una explicación clara por las dotaciones de especialidades, facultativos o camas de hospitalización. Quizás una deficiente codificación diagnóstica pudiera ser el motivo de estas cifras.

La situación por especialidades permite señalar que prácticamente la mitad de la actividad, de los episodios de hospitalización y de la producción, corresponden al servicio de medicina interna. De todas formas respecto a esta situación debemos señalar que este servicio está presente en todos los centros de la red y, en numerosas ocasiones, este servicio engloba otras especialidades que no tienen el rango estructural de servicio, de forma que se asigna mucha actividad a esta especialidad.

En algunos hospitales, a pesar de contar con determinadas especialidades, estas realizan sobre todo actividad ambulatoria, de forma que no tienen asignación de camas, esta asignación corresponde a medicina interna, lo que hace que se le asigne más actividad de hospitalización.

Cardiología es otro de los servicios importantes del área, a pesar de la distancia que lo separa de la medicina interna. El porcentaje de actividad y producción que se asigna a este servicio cobra mayor importancia si se tiene en cuenta que se trata de una especialidad constituida como servicio en 11 de los 16 centros hospitalarios de la red del Sergas.

El servicio de neumología, presente también en 11 de los 16 centros hospitalarios, es el tercero en actividad del área médica.

En el área médica existe un servicio que no tiene actividad de hospitalización, se trata del servicio de medicina preventiva, por lo que, a pesar de estar presente en todos los centros, no tiene asignada actividad de hospitalización, es decir, ningún ingreso del período estudiado ha sido dado de alta por este servicio.

Otra situación especial ocurre con los servicios de medicina nuclear y de rehabilitación que tan solo cuentan con camas asignadas en el C.H. Universitario de Santiago y en el C.H. Universitario Juan Canalejo respectivamente. Similar es la situación de oncología radioterápica que en escasas situaciones tiene que ingresar alguno de sus pacientes. Por estos motivos los porcentajes de actividad, volumen de episodios, que les corresponden a estos servicios son mínimos, varían entre el 0,1 y el 0,4% del total del área médica.

Sin embargo, el servicio de rehabilitación, aunque con escasos episodios de hospitalización, alcanza el 1% de la producción del área, esto se debe a que los episodios de ingreso suelen ser casos graves que corresponden sobre todo a la uni-

dad de lesionados medulares.

El servicio de hematología clínica, a pesar de estar presente en los 16 centros de la red del Sergas, supone solo el 3,6% de la actividad del área, mientras que geriatría que solo aparece como servicio en dos centros supone el 2,6% del total de episodios.

Otros servicios como endocrinología, nefrología y reumatología que figuran en muchos centros no alcanzan el 3% de la actividad del área.

Respecto a la gestión de las camas en relación al tiempo en que permanecen ocupadas, estancia media, presenta un dato muy desviado el servicio de rehabilitación, sin duda debido a que se trata, en un alto porcentaje, como decíamos, de pacientes lesionados medulares, que en su fase aguda necesitan largas hospitalizaciones en la única unidad de Galicia, la Unidad de Lesionados Medulares del C.H. Universitario Juan Canalejo.

En relación a la estancia media, como cabría esperar, es alta en el servicio de geriatría. Esta cifra se corresponde con la tipología de pacientes que atiende.

La complejidad de la casuística del servicio de rehabilitación se debe al mismo motivo comentado en la producción y en la estancia media. Además de este servicio, aumentan el peso medio del área los servicios de geriatría, hematología clínica y nefrología.

Respecto a la morbilidad hospitalaria, el sistema CMBD permite estudiar los problemas de salud que motivan el ingreso en la red de hospitales del Sergas, es decir, aquellos problemas de salud que se codifican como diagnóstico principal.

El mayor volumen de ingresos y de producción, algo más de la mitad, se debe a problemas del sistema cardiorrespiratorio. Si a los problemas cardiorrespiratorios unimos las enfermedades neoplásicas y digestivas alcanzamos cerca del 70% de los episodios de hospitalización en la red del Sergas en el periodo 2000 a 2004, de forma que los restantes problemas de salud, los demás capítulos de la CIE-9-MC, representan tan solo el 30%.

Queremos destacar que un porcentaje nada despreciable de episodios de hospitalización del área, el 10%, se corresponden con síntomas, signos y estados mal definidos y con factores relacionados con el estado de salud y de contacto con los servicios sanitarios.

En definitiva, tres capítulos de la CIE no alcanzan el 1% de los episodios del área médica, otros siete no alcanzan el 5%, tres no alcanzan el 10% y tan solo dos superan ampliamente esa cifra.

La presencia de episodios en el capítulo de gestación parto y puerperio solo pue-

de ser debido a errores en la asignación del servicio de alta o a un traslado interno de la madre a un servicio del área médica por alguna complicación surgida durante la hospitalización obstétrica.

Se observan algunas estancias medias que no concuerdan con la complejidad de la casuística, podemos citar en este sentido, las enfermedades endocrinas, los trastornos mentales, las enfermedades del sistema nervioso y las enfermedades de la piel.

Los síntomas, signos y estados mal definidos a pesar de presentar una estancia media que no parece larga, 7 días, puede ser excesiva si tenemos en cuenta que el peso medio de la casuística no alcanza la unidad.

Los problemas de salud que presentan mayor complejidad en la hospitalización se corresponden con las enfermedades infecciosas y del aparato circulatorio, las neoplasias, las anomalías congénitas y las lesiones y envenenamientos, en todos estos casos el peso medio supera el 2.

Los motivos de ingreso en el área médica, al igual que en otras, varían en función del sexo y, sobre todo, de la edad de los pacientes.

Las cinco primeras causas de ingreso hospitalario en el área médica son las mismas en hombres que en mujeres aunque en porcentajes diferentes.

Cinco problemas de salud presentan una mayor proporción en hombres que en mujeres. Son las enfermedades del aparato respiratorio las que mayor diferencia arrojan entre sexos, suponen el 22,3% del total de ingresos de varones mientras bajan casi cuatro puntos en mujeres, en las que suponen el 18,9%.

Son también más frecuentes en hombres, aunque con menor diferencia, las neoplasias (9,1% en hombres por 7,5% en mujeres), los factores del estado de salud y de contacto con el sistema sanitario (4,3% en hombres por 3,1% en mujeres) y con diferencias menores las enfermedades infecciosas y los síntomas, signos y estados mal definidos.

Diez bloques de patología presentan mayor proporción en mujeres que en hombres, la mayor diferencia corresponde a las enfermedades endocrinas que suponen el 3,2% de los ingresos de mujeres y el 2,0% de hombres y las enfermedades del sistema nervioso (3,5% en mujeres por 2,3% en hombres).

Sin embargo, las diferencias más importantes se aprecian por edad. Solo cuatro problemas de salud provocan más ingresos de personas mayores de 64 años que de menores de esa edad, se trata de las enfermedades del aparato circulatorio (35,7% de los ingresos en mayores de 64 años por un 21,5% de ingresos en menores de 65 años), las enfermedades respiratorias (25,0% en mayores de 64 años por 13,8% en menores de esa edad) y, con una diferencia muy pequeña, las en-

fermedades del aparato genitourinario (2,7% y 2,4% respectivamente) y las enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos (2,3% y 2,2% respectivamente).

Otros estudios ofrecen datos algo diferentes, en un estudio realizado en Andalucía [116] las enfermedades del aparato circulatorio suponen el 20,7% de los ingresos en mayores de 64 años, sobre todo por cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca y enfermedad cardíaca hipertensiva, las enfermedades del aparato digestivo el 18,4% y las del aparato respiratorio el 11,8% sobre todo por patología infecciosa.

Debemos aclarar antes de comentar las categorías diagnósticas mayores, que parece no existir concordancia entre los datos de las CDM y de los grupos de enfermedades de la CIE.

Esta no concordancia no es real debido a que para la asignación de un episodio a un grupo de la CIE se tiene exclusivamente en cuenta el diagnóstico principal, es decir, el problema de salud que motivó el ingreso en el hospital.

En el caso del sistema de clasificación GDR, para clasificar un episodio en alguna de las CDM tiene en cuenta, no solo el diagnóstico principal, sino otros varios elementos. Entre estos elementos debemos citar la presencia o no de complicaciones o comorbilidades, la edad y la circunstancia de alta.

La clasificación en CDM es excluyente y exhaustiva, es decir, se clasifican todos los episodios y cada uno de ellos en una única CDM.

La CDM 0, no definida o pre-CDM, incluye los episodios de hospitalización de trasplante cardíaco, renal, hepático, de pulmón, de médula ósea alogénico y autólogo y el simultáneo de riñón y páncreas) y traqueotomía (diferenciando si cursa o no con trastornos de boca, laringe y esófago).

Cardiocirculatorio y pulmón siguen copando la mitad de los episodios de hospitalización y de la producción, ocupando en ambos parámetros la tercera posición los problemas neurológicos.

Trece de las 25 CDM no alcanzan el 1% de los episodios del área médica y suponen en conjunto cerca del 6% del total de hospitalización, de ellas 12 no alcanzan el 1% de las UPHs, estas 12 CDM suponen, en conjunto, entorno al 3% de la producción del área. Otras 7 CDM no alcanzan el 5% de los episodios y solo dos están entre el 5 y el 10%.

En definitiva, seis de cada diez episodios del área médica de la red del Sergas entre el año 2000 y 2004 son por problemas cardíacos, respiratorios y nerviosos, y si a ellos unimos los problemas digestivos y hepatobiliares suponen siete episodios de cada diez.

Como cabría esperar, por las patologías que engloban, las estancias medias de las CDM indefinida, quemaduras y politraumatismos son muy largas. Consideramos excesivamente largas las estancias medias de la CDM 2 de enfermedades de los ojos y de la CDM 3 de enfermedades de oído, nariz y garganta, ambas superan los nueve días, la complejidad de la casuística no lo justifica.

Esta situación se repite en las CDM 20 y 23. En la CDM 20 uso de alcohol y drogas la estancia media viene dada por los problemas para dar el alta más que por la complejidad de la casuística y en la CDM 23, a pesar de que la estancia media es de cerca de 7 días, sigue siendo excesiva para una complejidad tan baja.

Otro aspecto que describe la casuística del área médica es la variedad de líneas de producción, entendiendo que los episodios agrupados en un determinado GDR configuran una línea específica de producto, con unos cuidados y unos costes que debieran tender a ser uniformes.

Tienen algún episodio de hospitalización 556 GDRs en el área médica de la red del Sergas en el periodo estudiado. La diferencia por hospital viene dada, sobre todo, por el número de especialidades con que están dotados que permite ofrecer una más amplia gama de servicios sanitarios, es decir, permiten atender una mayor variedad de problemas de salud.

Teniendo esto en cuenta son los grandes complejos hospitalarios los que presentan una mayor variedad de líneas de producción. Son tan solo los C.H. Universitarios Juan Canalejo y de Santiago los que superan las 475 líneas de producción diferentes.

Entre los 400 y 475 GDRs diferentes están los complejos hospitalarios de Pontevedra, de Ourense, Xeral-Cíes y Xeral-Calde.

Las fundaciones y los hospitales comarcales, hospitales básicos con escaso número de especialidades tienen las cifras más bajas de GDRs. La situación descrita se mantiene a lo largo de todo el período estudiado.

A pesar del importante número de GDRs que se producen en el área médica del Sergas, los 20 GDRs con mayor número de episodios suponen casi el 45% del total de episodios en el período estudiado y los seis más frecuentes alcanzan la cuarta parte del total de episodios.

Seis de estos GDRs superan el 2% del total de los episodios y el de mayor porcentaje, el GDR 541 de trastornos respiratorios excepto infecciones, bronquitis y asma, supera el 8% del total de los episodios.

Entre estos 20 primeros GDRs contabilizamos nueve del aparato circulatorio, siete del aparato respiratorio y dos del sistema nervioso, precisamente las tres CDM con mayor volumen de episodios.

Los procesos o GDRs más frecuentes varían en función del sexo y de la edad de los pacientes.

Una cuarta parte de los veinte GDRs más frecuentes en hombres y mujeres son diferentes, es decir, aparecen solo en uno de los sexos. A pesar de esto la patología es similar en ambos sexos, concentrándose en problemas cardíacos y respiratorios, y con una presencia mucho menor de problemas neurológicos.

Las diferencias por edad son más manifiestas, por un lado a medida que avanza la edad el porcentaje de episodios que se agrupan en los 20 GDRs más frecuentes es mayor y, por otro, los problemas de salud más frecuentes se concentran mucho en los problemas cardiocirculatorios y respiratorios.

Existe un mayor porcentaje de hospitalización de varones, cerca del 58% de los episodios del área médica son hombres, la complejidad de la casuística es también mayor en varones mientras que la estancia media es mayor en mujeres.

Tanto el porcentaje de episodios como la complejidad se comportan de manera uniforme en los distintos centros de la red, ambas variables son mayores en varones, salvo alguna puntual excepción.

Sin embargo la estancia media tiene un comportamiento mucho más variable en los diferentes centros.

Respecto a la distribución por grupos de edad debemos destacar el alto porcentaje de ingresos en el área médica de personas mayores. El mayor porcentaje de episodios, en todos los centros, es el de personas mayores de 74 años. Esto concuerda con la pirámide de población de Galicia que presenta un importante envejecimiento y con una mayor morbilidad a estas edades. Son precisamente los hospitales de las provincias orientales, Lugo y Ourense, los que presentan mayores porcentajes.

Llama la atención el alto porcentaje de personas mayores de 74 años que se hospitalizan en las fundaciones de las provincias de A Coruña y Pontevedra, a pesar de tratarse de centros ubicados en provincias con menor envejecimiento. Estos datos contrastan, claramente, con los porcentajes de los demás centros de estas provincias en que los porcentajes son mucho menores.

Este hecho se explica por las especialidades básicas con que cuentan estos centros, que les obliga a derivar pacientes, más complejos y más jóvenes a los hospitales de referencia.

Los porcentajes de ingresos en los grupos de 45 a 64 años y de 65 a 74 prácticamente se igualan en todos los centros de la red.

En los hospitales de Andalucía [116] el 15,2% de los ingresos corresponden a personas mayores de 64 años, en nuestro estudio el 63,2% de los ingresos del área médica son personas mayores de esa edad. En Andalucía la estancia media es de 13,3 días, mientras que en Galicia es algo más baja, 10,94 en personas de 65 a 74 años y 11,22 días en mayores de 74 años.

Existe un pequeño porcentaje de episodios de hospitalización de menores de 15 años en el área médica. Este dato es curioso ya que todos los centros cuentan con servicio de pediatría, salvo el Hospital Meixoeiro y Povisa por cuanto en esta zona sur es el C.H. Xeral-Cies el centro que cubre el área materno-infantil.

Este hecho es debido a que el alta de estos niños fue dada desde un servicio del área médica seguramente por tratarse de pacientes con problemas más específicos que necesitaron el apoyo de una de las especialidades médicas.

En la práctica totalidad de centros los pacientes de más de 74 años de edad presentan mayor complejidad, es decir, se trata de pacientes con pluripatología que junto con el problema de salud que motiva el ingreso en el hospital presentan con mayor frecuencia complicaciones y comorbilidades que hacen que el episodio de hospitalización requiera mayor nivel de atención médica.

También por grupos de edad la gestión de camas, analizada a través de la estancia media, es muy variable por centros.

Uno de los más graves problemas de organización de la actividad médica es el bajo porcentaje de programación, es decir, la actividad médica se mueve en un altísimo porcentaje alrededor de la puerta de urgencias y, por tanto, los ingresos son no previstos. Tanto es así, que tan solo un hospital programa más del 25% de sus ingresos, seis entre un 10 y un 20% y otros nueve centros menos del 10% de su actividad, entre estos últimos hospitales seis no llegan al 2%.

De los 451.591 episodios de hospitalización del área médica, entre los años 2000 y 2004, más de 390.000 fueron urgentes. Esta cifra nos muestra claramente el reto que supone para el sistema sanitario gallego la gestión de esta área.

Este hecho influye de una forma muy importante en la gestión de camas y, específicamente, en la duración de la estancia media, de forma que los ingresos urgentes, por término medio, prolongan su estancia en el hospital más de 3 días y medio que los programados.

En algunos centros los ingresos urgentes superan en más de seis días la duración media de la estancia de los ingresos programados, concretamente en los C.H. Universitario de Santiago, de Pontevedra y Xeral-Calde.

Si a lo anterior unimos que la complejidad de los casos urgentes es mayor que la de los programados en doce de los dieciséis centros hospitalarios, comprende-

remos las dificultades que existen en el área médica para una mejora de la gestión de las camas, de forma que la reducción de la estancia media es, en todos los centros, muy difícil de alcanzar.

La actividad de hospitalización en la red de hospitales del Sergas tiene importantes interrelaciones entre las diferentes áreas, sobre todo entre las áreas médica y quirúrgicas por medio de los traslados internos de pacientes, es decir, determinados pacientes durante su episodio de hospitalización pasan por diversos servicios.

En este sentido hemos estudiado el volumen de episodios del área médica que presentan procedimiento en quirófano, es decir, que a lo largo de su hospitalización han pasado en algún momento por un servicio quirúrgico.

El resultado es que prácticamente el 9% de los episodios del área médica de la red de hospitales del Sergas entre los años 2000 y 2004 han sido sometidos a algún procedimiento quirúrgico.

Como cabría esperar estos episodios son más complejos, presentan un mayor peso medio, y al mismo tiempo alargan más la estancia en el hospital que los episodios puramente médicos.

La estancia media global de los episodios quirúrgicos es siete días y medio más larga que la de los episodios médicos, sin duda, tanto los problemas organizativos del traslado interno entre servicios como el hecho de tener que pasar por quirófano hacen que la duración de la estancia aumente.

En cuanto a la circunstancia de alta debemos señalar que la inmensa mayoría de los episodios de hospitalización acaban con alta a domicilio, son muy pequeños los porcentajes de casos de traslado a otro hospital, situación que se da sobre todo entre hospitales básicos y sus centros de referencia, y todavía lo son más los porcentajes de altas voluntarias y a centro sociosanitario, seguramente este último se ve influido por el reducido número de este tipo de centros.

El alta a domicilio supera el 80% de los episodios en todos los centros mientras que el traslado a otro hospital, como decíamos, aumenta en las fundaciones y hospitales comarcales.

Respecto a estos dos tipos de alta, es curioso que los traslados de hospital presenten una estancia media superior a los de alta a domicilio, es decir, tarda más en darse el alta a un paciente que debe ser trasladado a otro centro que al que finaliza el episodio de hospitalización para irse a su domicilio, seguramente este hecho tiene mucho que ver con los problemas organizativos que conlleva el traslado entre centros.

De todas formas en la duración de la estancia en los episodios de traslado de

hospital se diferencian dos situaciones de forma clara, por un lado la estancia media de los traslados de centro cuando el hospital de origen es un gran hospital, en este caso la estancia media es larga, y cuando el hospital origen es un centro básico, en este caso la estancia media es corta.

Es decir, cuando el traslado es desde un hospital de alto nivel se trata de casos complejos que necesitan un tiempo prolongado de estancia antes de su estabilización para remisión al centro más cercano a su residencia por lo que la estancia es larga, por encima de los 12 días, llegando en algún caso a más de 40 días. Sin embargo cuando el traslado es desde un centro básico se produce mucho antes, la estancia media en estos casos nunca llega a los diez días, se produce, según el centro, entre los tres y los ocho días.

Para el traslado han de ponerse en contacto y de acuerdo ambas admisiones y ambos servicios, remitente y receptor, y debe resolverse el transporte del paciente entre ambos centros, todos estos aspectos tienden a aumentar la duración de la estancia en el hospital de origen.

En las altas voluntarias se observan, por un lado, que la complejidad es baja, aspecto que se mantiene en todos los centros, y que la estancia media es también muy baja, es decir, cuando el paciente decide el alta lo hace en problemas de salud no graves y de forma rápida.

El porcentaje de exitus en esta área alcanza el 7,5%, sin embargo, es importante señalar las importantes diferencias entre centros. Los porcentajes más altos de alta por exitus aparecen en los grandes complejos hospitalarios de las provincias orientales, sin duda este hecho tiene una relación directa con los mayores porcentajes de personas mayores en estas provincias.

Los exitus pueden utilizarse para valorar los resultados y la calidad de la atención médica. Las estrategias para ello se basan en la identificación de casos individuales a revisar y la medición de tasas obtenidas a partir de muchos casos [117].

Respecto a los sucesos centinela, se definen como aquellos de baja probabilidad de ocurrencia y alta probabilidad de ser atribuidos a un determinado tipo de cuidados [118]. Ejemplo de ellos son la gangrena gaseosa como diagnóstico secundario (código CIE-9-MC 040.0), la disrupción de herida operatoria (código CIE-9-MC 998.3) o cuerpo extraño abandonado accidentalmente durante procedimiento (código 998.4), entre otros.

El estudio de tasas se basa en la medición de sucesos que individualmente no justificarían un análisis pero sí en una población dada, por ejemplo el porcentaje de mortalidad en un determinado servicio o en un hospital, cuando es muy superior a la de una referencia.

Nuestras cifras de porcentaje de exitus son solo un indicio de posibles diferencias que deberían analizarse ajustando las tasas, al menos, por edad y sexo. Incluso, para evitar la distorsión por la complejidad de la casuística, estas tasas de alta por exitus deberían analizarse para cada GDR concreto.

Las diferencias en los porcentajes de altas por exitus son importantes en función de los problemas de salud por lo que se ingresa en el hospital y según la edad de los pacientes.

Mientras problemas de salud como los factores relacionados con el estado de salud y de contacto con los servicios sanitarios (0,5% de exitus), las enfermedades del aparato musculoesquelético (1,2%), las enfermedades del sistema nervioso (2,6%) o los síntomas, signos y estados mal definidos (2,7%) tienen unos porcentajes de exitus muy bajos, otros problemas de salud los tienen elevados.

En este segundo grupo están las neoplasias (22,8% de exitus) y las anomalías congénitas (10,4%).

Esta situación es totalmente esperable en función de la complejidad y del pronóstico de cada problema de salud.

Naturalmente también la edad supone una mejor o peor evolución en muchos problemas de salud, de ahí que el porcentaje de altas por exitus en personas mayores de 74 años alcance el 11,9, mientras que en pacientes de 15 a 44 años este porcentaje alcance el 1,8.

Algún estudio [119] muestra cifras de mortalidad hospitalaria global del 3,9%, 3,6% en hombres y 3,9% en mujeres y el 52% de los exitus corresponden a mayores de 60 años. En este mismo estudio, sin embargo, el servicio de medicina interna alcanza una cifra de 6,1% de exitus, 6,3% en hombres y 6,0% en mujeres. Las tres cifras son más altas en el área médica de los hospitales de Galicia.

Estas cifras son algo inferiores en hospitales comarcales [120], el 5,1% de las altas del servicio de medicina interna son por exitus.

Los perfiles de producción nos permiten hacernos una idea gráfica de los diferentes elementos que influyen en la producción hospitalaria y poner fácilmente de manifiesto los elementos clave en la producción de cada centro.

En la producción del hospital están implicados diversos factores, nosotros hemos estudiado tres de ellos, el número de especialidades con que está dotada el área médica, el volumen de especialistas y el número de camas.

El número de especialidades está directamente relacionado con la variedad de líneas de producción, es decir, a mayor número de especialidades mayor diversidad tendrá la casuística atendida en el centro. Por el contrario la falta de deter-

minadas especialidades supone grandes dificultades para atender ciertos problemas de salud.

El número de especialistas determina el volumen y también la variedad de la producción, aquellas especialidades en que el número no alcanza un nivel mínimo no pueden hacer frente a todas las líneas de producción, es decir, pueden ver su actividad reducida al área de consultas externas teniendo importantes problemas para poder desarrollar una actividad normal de hospitalización.

El volumen de facultativos se estudia en función de la población que cubre cada centro, a través de la tasa de facultativos por mil habitantes.

Naturalmente el número de camas es el tercer elemento que de forma más directa determina la actividad de hospitalización de un servicio médico. La mayor o menor dotación influye enormemente sobre el volumen y la tipología de los ingresos.

El número de camas ha de estar en consonancia con la población a atender, por este motivo utilizamos, también en este caso, la tasa de número de camas por mil habitantes.

Para cualificar de forma correcta la producción hospitalaria, además de la dotación de recursos, es necesario reflejar los resultados. Para valorar estos resultados hemos seleccionado varios indicadores.

En primer lugar la estancia media. Es este un indicador claro de la gestión de uno de los recursos clave en la producción hospitalaria, las camas. Estancias medias anormalmente largas producen un empeoramiento de la producción, incluso en aquellos centros con adecuada dotación de facultativos y de camas.

Otro resultado fundamental es la propia medida de la producción que, en este trabajo, se hace mediante las unidades de producción de hospitalización. Como en casos anteriores, preferimos aquí utilizar un valor relativo por lo que empleamos la tasa de UPHs por mil habitantes.

Un sexto elemento clave para valorar la producción de hospitalización de un centro es la complejidad de los episodios que trata. Es este un elemento que nos permite valorar la mayor o menor dificultad en el manejo de los pacientes, de forma que aquellos de mayor peso medio, es decir, aquellos que presentan complicaciones dificultan este manejo. Para definir el perfil de producción es clave tener en cuenta este elemento.

El séptimo elemento de valoración del perfil de producción es el número de GDRs distintos con episodios de hospitalización que nos muestra la variedad de las líneas de producción. Naturalmente este es un elemento diferenciador de la tipología del hospital y está directamente relacionado con el número de es-

pecialidades de que esté dotado el centro y con el volumen y la superespecialización del personal facultativo.

Por último un dato relacionado con el ámbito de la calidad. Hemos introducido también el porcentaje de “mortalidad”, es decir, el volumen de altas por exitus en el área de hospitalización.

Todos estos elementos se han utilizado para determinar el perfil de producción de cada centro en los años 2000 y 2004 y estudiar, de esta forma, la evolución de los perfiles en ese tiempo y comparativamente con el global del Sergas.

En general tenemos que decir que los perfiles son ciertamente irregulares, es decir, generalmente y en la práctica totalidad de los centros, existe uno o varios de estos elementos que condicionan la producción con algún desequilibrio, con más frecuencia por defecto.

Estos perfiles permiten, por este motivo, tanto a la administración sanitaria como a los gestores de los centros, equipo directivo y jefes de servicio, analizar en que aspectos debe mejorar la producción de cada centro.

Como cabría esperar, los perfiles más amplios, de mayor superficie, corresponden a los hospitales de mayor nivel, por cuanto presentan siempre mayores cifras de dotación y, generalmente, mayor alcance en sus resultados.

Por el contrario los centros comarcales y fundaciones, que cubren áreas más reducidas y, por tanto, menor población, tienen menor dotación y menores resultados, de forma que la superficie del perfil de producción es menor.

La atracción que ejerce cada centro hospitalario sobre la población de Galicia es variable y está en función, sobre todo, del nivel de dotación tanto profesional, número de especialidades y de facultativos, como tecnológica.

Naturalmente los residentes en zonas dotadas con hospitales básicos, fundaciones y comarcales, deben moverse a otros centros de referencia para ser atendidos de determinados problemas de salud que superan la dotación de los centros de su sector.

Podemos analizar estos movimientos teniendo en cuenta una de las siguientes condiciones, la residencia del paciente o el hospital que los atiende.

En el primer caso analizamos como se distribuyen los pacientes que ingresan en el área médica en los años 2000 a 2004 por cada uno de los hospitales, es decir, estudiamos los flujos de pacientes.

En el segundo, analizamos la atracción que cada centro ejerce sobre la población de cada una de las áreas o sectores territoriales.

Los pacientes que residen en sectores con hospitales básicos reparten, de forma variable, sus ingresos entre el centro de su sector de residencia y el centro de referencia que les corresponde.

Son ejemplo de esto los sectores de las fundaciones públicas, el sector de Cee (hasta una cuarta parte de los ingresos se producen en el C.H. Universitario Juan Canalejo), Barbanza (algo menos de la mitad de los ingresos se realizan en el C.H. Universitario de Santiago), Salnés (es el único sector en que el mayor porcentaje de ingresos se realiza en el centro de referencia, el C.H. de Pontevedra) y Verín (algo menos de la cuarta parte de los ingresos se realizan en el C.H. de Ourense).

La situación descrita en los sectores de las fundaciones ocurre en los sectores de los hospitales comarcales, así en los sectores de Valdeorras y Monforte casi la quinta parte de los pacientes ingresan en los complejos hospitalarios de Ourense y Xeral-Calde respectivamente.

Una situación intermedia se da en los sectores de Ferrol y Cervo-Burela. En Ferrol casi una sexta parte de los pacientes ingresan en el C.H. Universitario Juan Canalejo, esta cifra nos muestra que es un centro más próximo a los hospitales básicos. En Cervo-Burela ingresan en el centro de referencia, el C.H. Xeral-Calde poco más de la décima parte de los pacientes, pero casi otra décima parte lo hace en el C.H. Universitario Juan Canalejo.

En definitiva, los sectores más autosuficientes, es decir los sectores en que la mayor parte de los problemas de salud tributarios del área médica pueden ser atendidos en los centros hospitalarios propios son A Coruña, Santiago, Pontevedra, Vigo (los tres sectores), Ourense y Lugo.

Naturalmente esta es la situación que cabría esperar en función de las dotaciones de los hospitales de la red del Sergas.

Respecto a la atracción que el área médica de cada centro ejerce sobre los diferentes sectores de población de Galicia es variable y depende también de la dotación del centro.

Del total de hospitalizaciones de cada centro el mayor porcentaje siempre corresponde al sector que tiene asignado. No obstante determinados centros ejercen una importante atracción sobre otros sectores. Estos centros son el C.H. de Pontevedra que del total de hospitalizaciones de su área médica el 21,07% no corresponde a su sector, el C.H. Universitario de Santiago con un 17,17%, el C.H. Universitario Juan Canalejo con un 15,76% y, curiosamente, la F.P. Hospital Virxe da Xunqueira con un 11,48%.

Las justificaciones para estos cuatro centros son diferentes. En el caso del C.H.

de Pontevedra la atracción la ejerce sobre el sector del Salnés del que es referencia. En el caso del C.H. Universitario de Santiago, la mayor atracción corresponde a Barbanza pero existe un cierto nivel de atracción de otros sectores como Ourense y Lugo. La mayor atracción del C.H. Universitario Juan Canalejo es sobre los sectores de Ferrol, Lugo y Cee.

El caso de la F.P. Hospital Virxe da Xunqueira su alta atracción sobre el área de Santiago se justifica, en parte, por la enorme distancia que los municipios limítrofes con Cee tienen del C.H. Universitario de Santiago, motivo por el que prefieren ingresar en la fundación.

Presentan un nivel menor de atracción el Hospital Meixoeiro, en el que un 9,42% de los ingresos no son de Vigo (Pontevedra-centro, Pontevedra-Sur, Valmiñor y municipio de Vigo), el C.H. de Ourense con un 8,06% y el C.H. Xeral-Calde con un 6,52%. Los casos de Ourense y Lugo los pacientes proceden de los sectores que derivan a ellos, en el caso de Ourense Verín y Valdeorras, y en el caso de Lugo Monforte y Cervo-Burela. Sin embargo en el caso de Meixoeiro es por la cobertura que proporciona, sobre todo en cardiología intervencionista, a Pontevedra y Ourense.

Los demás centros de la red del Sergas tienen una atracción sobre otros sectores menor del 5%.

La frecuentación relaciona número de personas de una determinada zona territorial que ingresan en un hospital respecto a la población de esa zona. Al estudiar un período de cinco años hemos calculado la frecuentación global del período para cada área sanitaria, aunque aportamos las cifras medias anuales.

Lo más llamativo son las enormes variaciones, ya que la frecuentación media anual más baja corresponde al área sanitaria de Cervo-Burela con 22,09‰ (22 ingresos por cada 1000 habitantes) y al área de Valdeorras con 53,57‰, es decir, los residentes en Valdeorras frecuentan el área médica de la red del Sergas un 142% más que los residentes en el norte de Lugo.

Otras áreas muy frecuentadoras son las de Lugo y Ourense. En Lugo 48,70 habitantes de cada mil ingresan en un hospital de la red del Sergas y en Ourense la cifra es de 46,65‰, un 120% y un 112% superior a la de Cervo-Burela respectivamente.

Las demás frecuentaciones están entre el 26,62‰ de Pontevedra y el 36,85‰ de Monforte.

La frecuentación hospitalaria aumenta con la edad. Sin embargo se siguen observando importantes diferencias de frecuentación en las diferentes áreas sanitarias para pacientes de los mismos grupos de edad.

La frecuentación de pacientes de 15 a 64 años de edad llega a ser cerca de siete veces mayor en un área (Santiago 42,1‰) respecto a otra (Ferrol 6,3‰). Lo mismo ocurre en mayores de 64 años en que los residentes en el área sanitaria de Santiago (184,0‰) ingresan seis veces más que los residentes en el área de Ferrol (29,0‰).

Estas enormes diferencias son difíciles de explicar en base a aspectos epidemiológicos y seguramente tienen una relación más directa con cuestiones organizativas y de práctica médica.

Respecto a las cuestiones organizativas debemos señalar el volumen de actividad que el Sergas deriva a centros concertados. En este sentido, aunque se produce actividad concertada en la mayoría de las áreas sanitarias, su impacto sobre la frecuentación se limita al área de Ferrol.

Solo en el área de Ferrol el volumen de actividad concertada supone más del 30% del total de las hospitalizaciones, mientras que en ninguna de las demás áreas supera el 7%.

Globalmente la frecuentación de los residentes en Ferrol a centros del Sergas es de 30,10‰, sin embargo, la frecuentación total, contabilizando la actividad concertada, supera los 40 episodios por mil habitantes.

Las diferencias de frecuentación pueden ser un indicador de las variaciones en la práctica clínica [121]. Los estudios de variación de la práctica médica (VPM) relacionan el número de residentes en determinada área geográfica que han recibido un determinado servicio en un período de tiempo con la población de esa área. Puede servir de evidencia de la existencia de elementos evitables en la atención sanitaria.

Entre los factores que explican la variación de la práctica médica se pueden citar la inexactitud de los datos, los factores relacionados con la demanda (población), factores del sistema sanitario (oferta) o factores relacionados con el proveedor directo de los servicios sanitarios (médico).

Respecto a los primeros nos hemos detenido a analizarlos en el apartado de material y métodos, concretamente en el de calidad de la base de datos, en este sentido, la base de CMBD del Sergas de los años 2000 a 2004 no tiene errores, omisiones o problemas de codificación relevantes.

Tampoco parecen relevantes los factores de la demanda como pudieran ser las diferencias de morbilidad, costumbres prevalentes, situación socioeconómica [122], etc. Tampoco factores de edad y sexo parecen poder explicar las diferencias de frecuentaciones en áreas muy similares demográficamente.

Respecto a la demanda sí produce diferencias la gravedad [123], por lo que las

diferencias de frecuentación entre áreas deberían analizarse para cada uno de los GDRs, de forma que las diferencias por complejidad quedarían muy controladas. A esta cuestión volveremos en el apartado de comportamiento de los principales GDRs.

El tercer elemento es el propio sistema sanitario en cuanto a una organización, cobertura y accesibilidad que, aunque puedan existir pequeñas diferencias entre áreas, tampoco parecen poder explicar las diferencias de frecuentación de hospitalización [124,125].

Nos queda un cuarto bloque de posibles causas de la variación de la práctica médica que son los dependientes del proveedor directo [126,127]. En este sentido parecen existir diferentes criterios de ingreso entre hospitales, entre servicios e incluso entre facultativos producidos por la incertidumbre, de forma que existe una importante discrecionalidad en las decisiones.

Los estudios de variación de la práctica médica hacen que se rompa la creencia tradicional de que los médicos realizan de forma homogénea las actuaciones preventivas, diagnósticas o terapéuticas que llevan a cabo ante cada problema de salud [128]. El abordaje de estas variaciones debe realizarse tanto desde la microgestión, asignación apropiada de los recursos diagnósticos y terapéuticos por los profesionales, y desde la macrogestión, planificación adecuada de los recursos y control del gasto.

Para explicar la variabilidad de la práctica médica, algunos autores [129] clasifican las intervenciones sanitarias en función de algunos rasgos de las mismas y de sus implicaciones: atención efectiva (tecnologías para las que existe sólida evidencia científica), atención discrecional (el conocimiento existente no es concluyente e interviene la preferencia del usuario) y atención sensible a la oferta (incluiría las tecnologías con escasa evidencia sobre su valor en situaciones clínicas concretas).

6.2. COMPORTAMIENTO DE LOS GDRs

Cada Grupo de Diagnósticos Relacionados agrupa diversos episodios de hospitalización, buscando en primer lugar que cada uno de estos grupos se diferencie suficientemente de los demás y, en segundo lugar que la variabilidad dentro de cada grupo sea la menor posible.

Un indicador de la variabilidad intragrupo, es decir de la dispersión de las estancias del GDR, es el coeficiente de variación. Clásicamente se considera coeficiente de variación alto al mayor de 1 y muy alto a los superiores a 1,5.

De esta forma en el área médica de la red del Sergas, de los 556 GDRs con episodios de hospitalización, 126 tienen un coeficiente de variación alto (22,7%) y 33 muy alto (5,9%).

En algún estudio estos porcentajes son más altos que los encontrados en el Sergas. El realizado en Barcelona sobre GDRs de hospitales [93], concretamente 324 GDRs, obtiene un porcentaje del 30,6% con coeficiente de variación entre 1 y 1,5 y un 5,7% con coeficiente de variación superior a 1,5. Un 36,3% de los GDRs tienen coeficientes de variación mayor de 1 frente a un 28,6% en el Sergas.

El hospital con mayor porcentaje de GDRs con coeficiente de variación mayor de 1 es el C.H. Universitario Juan Canalejo con 31,6% seguido, a gran distancia, por la F.P. Hospital do Salnés con un 21,7%.

El GDR 541 de trastornos respiratorios excepto infección, bronquitis y asma con complicación mayor, tiene una distribución muy desigual por hospitales, de forma que los hospitales de las provincias orientales, los C.H. de Ourense y Xeral-Calde, junto al C.H. Universitario de Santiago atienden casi a la mitad de los pacientes que ingresan por este motivo.

La estancia media sigue siendo muy variable entre hospitales, a pesar de que no son datos referidos a diferentes problemas de salud, sino tan solo a aquellos pacientes clasificados en un mismo proceso, en un mismo y único GDR. Los pacientes que ingresan por este GDR son hospitalizados con una media que varía entre los 8,04 días en la F.P. Hospital Virxe da Xunqueira y 13,24 días en el C.H. Xeral-Cies. De esta forma cada paciente en el C.H. Xeral-Cies permanece ingresado una media de 5,2 días más en el hospital.

Esta diferencia no puede ser imputada a la diferente complejidad de la casuística entre los hospitales puesto que estamos estudiando el comportamiento del mismo GDR.

En el GDR 127 de insuficiencia cardíaca y shock la distribución de episodios por

hospital es todavía más asimétrica, ya que la quinta parte de todos los episodios de hospitalización en el área médica en los cinco años ingresaron en el C.H. Universitario Juan Canalejo, otros seis centros agrupan aproximadamente el 60% de los casos y el 20% restante se reparte en los otros nueve hospitales.

Estos datos se justifican por la potente área del corazón del C.H. Universitario Juan Canalejo que engloba los servicios de cardiología y de cirugía cardíaca y que supone un polo de atracción de pacientes de otras áreas sanitarias de Galicia como de otras comunidades autónomas.

Respecto a la estancia media de este GDR se observan importantes diferencias por centros, en el C.H. Xeral-Calde los pacientes ingresan una media de 11,64 días, 5,62 días más que en la F.P. Hospital Virxe da Xunqueira en la que la estancia media es de solo 6,02 días y cinco días más que en el C.H. Universitario Juan Canalejo.

Ni la complejidad de la casuística ni el nivel del centro hospitalario pueden justificar estas diferencias.

Los episodios de hospitalización del GDR 14 de trastornos cerebrovasculares específicos excepto accidente isquémico transitorio y hemorragia intracraneal se distribuyen de nuevo de forma muy irregular, es nuevamente el C.H. Universitario Juan Canalejo el que atiende al 20,4% del total de episodios seguido del C.H. de Ourense con el 15,2%.

El comportamiento de la estancia media del GDR por centros es, de nuevo, muy variable, en este caso la diferencia media en días de ingreso llega a los 11,79 días entre la media de ingreso en el C.H. Universitario Juan Canalejo (18,99 días) y la F.P. Hospital de Verín (7,20 días).

Es, de los GDRs estudiados, el que muestra una mayor diferencia de estancias medias entre hospitales.

El comportamiento del GDR 88 de enfermedad pulmonar obstructiva crónica es similar a los anteriores tanto en relación a la distribución de episodios como de estancia media por hospitales.

En lo referente a episodios de hospitalización, el C.H. Universitario Juan Canalejo atiende a más del 22% del total de casos de EPOC, más del doble del siguiente centro, el C.H. de Ourense con el 10,5%.

Un centro similar en estructura al Canalejo como es el C.H. Universitario de Santiago, hospitaliza tan solo al 7,1% de las EPOC.

La estancia media varía entre hospitales y la diferencia alcanza prácticamente los 6 días entre los valores extremos, 5,96 días en la F.P. Hospital Virxe da Xun-

queira y los 11,87 días del C.H. Arquitecto Marcide.

El GDR 410 de quimioterapia aclara de forma definitiva como las diferencias en la práctica clínica y las diferentes formas de organizar los cuidados influyen en el comportamiento de los GDRs.

El C.H. Xeral-Calde hospitaliza a la inmensa mayoría de los pacientes para quimioterapia, lo mismo que el C.H. de Ourense aunque en menor medida. De esta forma observamos que más de la mitad de las hospitalizaciones para quimioterapia se producen en estos dos centros.

Por el contrario centros que cubren mayor población como los C.H. Universitarios hospitalizan a la quinta parte de los casos de quimioterapia. Sin duda estos centros atienden de forma ambulatoria un porcentaje de los pacientes de quimioterapia.

La estancia media nos permite comprobar como los pacientes del C.H. Xeral-Calde ingresan una media de casi dos días, la menor estancia media por quimioterapia en la red del Sergas.

Como quiera que cada centro cubre un volumen de población muy diferente, desde los casi medio millón de habitantes a los poco más de 30.000, no se pueden interpretar fácilmente las diferencias en el volumen de episodios entre los diferentes centros.

Por este motivo estudiamos las frecuentaciones que relaciona el volumen de episodios de cada uno de estos GDRs según su residencia, es decir, el volumen de ingresos de cada área sanitaria de Galicia en relación a la población de dicha área.

La frecuentación se calcula independientemente del centro hospitalario en que se produzca el ingreso, de esta forma se impide el efecto que la atracción hospitalaria pudiera producir. Los datos se ofrecen en episodios por 10.000 habitantes.

Naturalmente en el estudio se excluyen los pacientes residentes en otras comunidades autónomas, los extranjeros y los pacientes en que se desconoce la residencia y, como quiera que la inmensa mayoría de los pacientes son mayores de 14 años, se excluyen también los escasos episodios correspondientes a menores de esa edad.

La frecuentación de los GDRs 541, 127, 14 y 88 está infravalorada al no disponer de información sobre el volumen episodios de estos GDRs ingresados en centros concertados. Sin embargo este hecho solo tiene impacto en el área sanitaria de Ferrol, en la que la actividad concertada tiene gran importancia.

Para el GDR 541 son los residentes en las áreas sanitarias de Lugo, de Ourense y

de Valdeorras los que más ingresan, llegando a ingresar siete veces más que los del área sanitaria de Cervo-Burela, casi cinco veces más que los de Monforte y dos veces y media más que los de las áreas de Ferrol, A Coruña, Pontevedra y Vigo.

Para el GDR 127 son los residentes en el área sanitaria de Valdeorras los que más ingresan en el área médica de la red de hospitales del Sergas, lo hacen seis veces más que los del área sanitaria de Cervo-Burela, cuatro veces más que los de Ferrol y Santiago y tres veces más que los de las áreas de Pontevedra, Salnés o Vigo.

Las diferencias de frecuentación en el GDR 14 son mucho más reducidas que en los dos anteriores, en este caso son los residentes en el área sanitaria de Lugo los que más ingresan y lo hacen casi tres veces más que los de Ferrol, Pontevedra y Salnés, dos veces y media más que los del área sanitaria de Santiago y el doble que los de Vigo.

Las frecuentaciones por EPOC, GDR 88, son numéricamente similares a las del GDR anterior, son los residentes en las áreas sanitarias de Monforte y Valdeorras los que más ingresan por este motivo, esta frecuentación es cuatro veces mayor a la de los de Ferrol, tres veces superior a la de los de Santiago y Cervo-Burela y dos veces y media mayor que la de los de Pontevedra y Vigo.

Los residentes en el área sanitaria de Lugo son los que más frecuentan la red de hospitales del Sergas para quimioterapia, ingresan quince veces más que los residentes en Pontevedra, entorno a doce veces más que los residentes de A Coruña y Salnés, siete veces más que los de Ferrol y cuatro veces más que los de Santiago, Vigo y Cervo-Burela.

Como quiera que la mayoría de los ingresos tiene lugar en el hospital del área en que residen los pacientes, no se observan grandes diferencias en las variaciones de la distribución de episodios entre hospitales y la distribución de las frecuentaciones.

Ninguna de las diferencias de frecuentación señaladas para estos cinco GDRs se puede justificar, a priori, por variaciones epidemiológicas, es decir, por la incidencia o prevalencia de estos problemas de salud en las diferentes áreas sanitarias de Galicia.

Sin duda, uno de los factores que influyen en estas diferencias es la lejanía de la residencia de los pacientes respecto a los centros sanitarios o, dicho de otra forma, la comunicación con el centro sanitario y los tiempos de desplazamiento. En las provincias orientales con pacientes que residen, en ocasiones, a más de dos horas del centro hospitalario se decide el ingreso ante el temor de que surja alguna complicación o agravamiento del proceso y el paciente pueda tener dificultades o retrasos en el acceso.

No obstante, debemos señalar que seguramente los diferentes criterios clínicos de ingreso hospitalario en este tipo de problemas médicos entre los diferentes facultativos es un elemento que condiciona las diferencias de frecuentación.

El conjunto mínimo básico de datos de hospitalización tiene cuatro campos que reflejan los diagnósticos, es decir, las enfermedades del paciente, y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos a los que se somete al paciente durante su estancia hospitalaria.

El diagnóstico principal es la enfermedad responsable del ingreso del paciente en el hospital. Para cada GDR hemos estudiado los motivos de ingreso más frecuentes.

El GDR 541 es un GDR médico que agrupa los episodios de problemas respiratorios con complicación mayor o comorbilidad, quedan excluidas infecciones que se agrupan en el GDR 540 y la bronquitis y asma que se clasifican en el GDR 542.

Concretamente en este GDR se clasifican los episodios de hospitalización que ingresan, es decir, que tienen como diagnóstico principal infecciones respiratorias (neumonía, tuberculosis, absceso, etc.) que se asocian con:

- otras infecciones (septicemia, meningitis, encefalitis, hepatitis, etc.) u otros problemas (cardíacos, digestivos, diabetes, etc.) como diagnósticos secundarios
- diversos problemas cardíacos como diagnósticos secundarios tratados con la inserción de un sistema de marcapasos transvenoso temporal (procedimiento)
- problemas de tipo digestivo como diagnósticos secundarios que necesitan gastrostomía, enterostomía o infusión enteral o parenteral de sustancias nutritivas (procedimientos)
- problemas médicos de diverso tipo con inserción de tubo endotraqueal y/o ventilación mecánica

En el caso del GDR 541 los motivos de ingreso son variados, aunque la bronquitis crónica es el más frecuente, pero también ingresan estos pacientes por neumonía, tanto neumocócica por organismo no especificado, por bronquiectasias, asma y otros problemas respiratorios asociados a otros problemas de salud.

Como hemos dicho, los pacientes con estos diagnósticos van al GDR 541 solo cuando tienen otras complicaciones.

En el GDR 127 se clasifican los episodios con insuficiencia cardíaca congestiva o reumática, con cardiopatía hipertensiva, con enfermedad cardíaca y renal hipertensiva o con shock cardiogénico y que no presentan complicaciones ni comorbi-

lidades ni el paciente es sometido a un procedimiento en quirófano durante su hospitalización.

En los cinco años estudiados ingresan más de 21.000 pacientes por este GDR 127 y la gran mayoría de los ingresos se deben a la insuficiencia cardíaca (72,3%) seguida, a gran distancia de la cardiopatía hipertensiva (19,7%) y con porcentajes muchísimo menores la enfermedad cardíaca reumática (4,6%) y la enfermedad cardíaca y renal hipertensiva (3,1%).

La enfermedad cardíaca reumática representa un porcentaje de los ingresos de este GDR relativamente importante en el C.H. Xeral-Cíes (10,1%) y la enfermedad cardíaca y renal hipertensiva ocasiona entorno al 7% de los ingresos en el C.H. de Pontevedra y en la F.P. Hospital da Barbanza.

El GDR 14 agrupa episodios por trastorno cerebrovascular específicos, cuando existe como diagnóstico principal una oclusión o estenosis de arteria precerebral o cerebral o una enfermedad cerebrovascular aguda mal definida.

No obstante, no se clasifican dichas oclusiones en el GDR 14 cuando provocan un accidente isquémico transitorio que se clasifica en el GDR 15 o una hemorragia intracraneal que se clasifica en el GDR 810.

El 79,6% de los ingresos de este GDR son debidos a oclusión o estenosis de arterias cerebrales, un 16,8% a arterias precerebrales y solo un 3,6% a enfermedad cerebrovascular aguda mal definida.

Es llamativo, no obstante, que en algunos hospitales el porcentaje de ingresos por oclusión o estenosis de arterias precerebrales es muy alto, concretamente en el C.H. Universitario Juan Canalejo, la F.P. Hospital da Barbanza y Povisa supone la tercera parte del total de ingresos del GDR.

El GDR 88, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, ocupa el cuarto lugar en porcentaje de episodios del área médica y agrupa episodios que tienen como diagnóstico principal bronquitis, enfisema, asma, bronquiectasia y otras obstrucciones crónicas de vías respiratorias.

De estos, la causa más frecuente de ingreso del GDR 88 en el área médica es la bronquitis crónica que supone el 80% de los casos y en segundo lugar las bronquiectasias, entre ambas suponen más del 90% de los ingresos.

En dos centros, F.P. Hospital de Verín y H. Meixoeiro, el porcentaje de ingresos por asma en este GDR es relativamente importante.

El GDR 410 agrupa los episodios de quimioterapia, representa el 2,7% de los episodios del área médica. Es un GDR que se clasifica en la CDM 17 de trastornos mieloproliferativos y neoplasias

En este GDR se agrupan aquellos episodios con diagnóstico principal de admisión para quimioterapia (código CIE V58.1) o para seguimiento del tratamiento con quimioterapia (código V67.2). En este estudio el ingreso fue en todos los casos para quimioterapia.

Respecto a la distribución de la duración de la estancia, el GDR 541 presenta una distribución regular con una importante rama izquierda que se prolonga más allá de los 30 días de estancia.

En la bibliografía [93] se distinguen varios tipos de distribuciones, fluctuaciones de frecuencia, picos aislados, bimodales y picos 0-2. En los cinco primeros GDRs por volumen de episodios solo hemos encontrado, concretamente en el GDR 410, una distribución bimodal.

El GDR 127 tiene una distribución de la estancia más irregular y con una rama izquierda menos prolongada que el GDR 541.

El GDR 14 tiene una distribución muy regular en su rama derecha (estancias menores de 7 días) y más irregular en la rama izquierda (más de 7 días de estancia). Presenta la rama izquierda más alargada de los cinco GDRs analizados, con un alto porcentaje de casos que prolongan la estancia más allá de los 30 días.

El GDR 88 es el más regular en la distribución de la duración de la estancia, la distribución es prácticamente normal entre los 0 y 17 días de estancia. Tiene la rama izquierda más larga, aunque con pocos casos más allá de los 30 días de estancia.

La distribución de episodios por duración de estancia del GDR 410 es la más irregular, presenta dos picos en 1 día y en 4 y 5 días de estancia, es por tanto una distribución bimodal. Tiene una rama izquierda larga aunque con muy pocos casos.

Estas distribuciones de la duración de la estancia son similares a las publicadas por el Ministerio de Sanidad de la base de datos nacional de CMBD [107,108].

Algunos autores relacionan la variabilidad interna de los GDRs con la presencia de comorbilidad [103] o con la diferente severidad de los casos más que con la diferencia de eficiencia entre centros sanitarios. Estas situaciones llevaron a desarrollar nuevas versiones de GDRs que ajustan cada vez mejor la clasificación, no solo por consumo de recursos sino también por severidad, ejemplo de ello son los All-Patient GDR Refinados.

Midiendo la dispersión por el coeficiente de variación encontramos que el mayor coeficiente de variación y por tanto la mayor dispersión corresponde al GDR 14 de trastornos cerebrovasculares específicos con un coeficiente de variación de

1,22 seguido del GDR 410 quimioterapia con un coeficiente de 1,18, del GDR 541 trastornos respiratorios con 0,80, la insuficiencia cardíaca con 0,76 y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica con 0,74.

El Ministerio de Sanidad [108] publica referido al año 2002 unos coeficiente de variación de 0,85 para el GDR 541, de 0,76 para el GDR 127, 1,09 para el GDR 14, 0,75 para el GDR 88 y 1,34 para el GDR 410. Son coeficientes de variación no muy alejados de los obtenidos en nuestro estudio.

En estas distribuciones se comprueba que algunos episodios tienen una duración de la estancia anormalmente larga. Si establecemos un punto de corte superior podemos calcular, para cada GDR, los episodios que se consideran anormalmente largos

El punto de corte superior, siguiendo otros autores, lo hemos calculado como la duración de la estancia que se sitúa una vez y media la diferencia intercuartil por encima de la estancia media.

El punto de corte más alto corresponde al GDR 14 con 26,83 días de duración de la estancia, de forma que el 8,3% de los episodios son anormalmente largos, le sigue el GDR 541 con 23,54 días y un 7,9% de episodios extremos.

Los GDRs de insuficiencia cardíaca y EPOC tienen un punto de corte similar, concretamente 19,80 y 19,77 días respectivamente, lo que supone unos porcentajes de casos extremos de 6,9% en el primero y 6,4% en el segundo.

El GDR con menor punto de corte es el de quimioterapia con 9,64 días y es el que además presenta el menor porcentaje de casos extremos, un 3,9%.

Naturalmente al eliminar los episodios anormalmente largos obtenemos una distribución mucho más regular, de forma que tanto la estancia media como el coeficiente de variación disminuyen.

El GDR que más disminuye el coeficiente de variación corregido respecto al bruto es el GDR 410 que pasa de un coeficiente de variación bruto de 1,18 a 0,53, le sigue el GDR 14 que pasa de 1,22 a 0,59, el GDR 541 que pasa de 0,82 a 0,53 y por último los GDRs de insuficiencia cardíaca y EPOC que los disminuyen de 0,76 a 0,54 en la insuficiencia cardíaca y de 0,74 a 0,52 en el caso del EPOC.

La distribución de la duración de la estancia por hospitales varía de manera importante.

El C.H. Universitario Juan Canalejo presenta la distribución de duración de estancia más variable en los GDRs de trastornos respiratorios (541), insuficiencia cardíaca (127) y trastornos cerebrovasculares (14), el Hospital Comarcal de Valdeorras para el GDR EPOC (88) y el C.H. Xeral-Calde para la quimioterapia (410).

Para el GDR 541 la distribución con mayor volumen de casos extremos es la del C.H. Universitario de Santiago y la F.P. Hospital del Salnés, para el GDR 127 la F.P. Hospital da Barbanza, para el GDR 14 el Hospital Meixoeiro, para el GDR 88 la F.P. Hospital Virxe da Xunqueira y para el GDR 410 el C.H. Xeral-Calde.

Por el contrario el mejor comportamiento de la distribución de la estancia corresponde a la F.P. Hospital de Verín para el GDR 541, al Hospital da Costa para el GDR 127, al C.H. Arquitecto Marcide para el GDR 14, al Hospital da Costa para el GDR 88 y a Povisa para el GDR 410.

En cuatro de los cinco GDRs más frecuentes la inmensa mayoría de los pacientes son personas mayores, más del 80% de los pacientes de los GDRs de trastornos respiratorios (541), insuficiencia cardíaca (127), trastornos cerebrovasculares (14) y EPOC (88) son mayores de 64 años de edad. Tan solo en el GDR 410 quimioterapia es mayor el porcentaje de personas menores de 65 años que de mayores de esa edad.

Aunque los porcentajes por edad varían entre hospitales, se mantiene esta situación de mayor porcentaje de personas mayores de 64 años en los cuatro primeros GDRs señalados anteriormente.

En algunos centros el porcentaje de personas de más de 74 años son muy elevados, así nos encontramos con que en el Hospital Comarcal de Valdeorras superan esta edad el 70% de los ingresos del GDR 541, el 66% de los ingresos del GDR 14 y el 67% de los del GDR 88, y el 74% de los ingresos del GDR 127 en el Hospital Comarcal de Monforte.

Generalmente tienen mayor edad los pacientes en los hospitales de las provincias orientales, mientras que en los centros de las provincias occidentales y en la costa de Lugo los pacientes tienden a una edad ligeramente menor.

Estos datos nos muestran la realidad de la hospitalización médica en Galicia, condicionada por la demografía de nuestra Comunidad Autónoma. Tenemos una población envejecida debido a la baja natalidad y a la esperanza de vida. Este hecho hace que sean las personas mayores las que más servicios de hospitalización están demandando, sobre todo en el área médica.

El comportamiento de la estancia media respecto a la edad en estos GDRs tiende a un ligero aumento a medida que aumenta la edad de los pacientes, aunque este hecho no es constante en todos los GDRs ni en los diferentes centros hospitalarios.

En los GDRs de trastornos respiratorios, insuficiencia cardíaca y EPOC la estancia media sube con la edad en el conjunto del Sergas, mientras que en los trastornos cerebrovasculares y quimioterapia desciende ligeramente.

Resultados similares se obtienen en otros estudios, concretamente con pacientes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, que resaltan, así mismo, las importantes diferencias de estancia media entre facultativos [130].

La distribución por sexos depende de la prevalencia e incidencia de cada uno de los problemas de salud, es decir, de la frecuencia en cada sexo. Este aspecto no se ve influido por aspectos de tipo organizativo o de práctica clínica en cada centro.

Los ingresos por trastornos respiratorios (GDR 541), por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (GDR 88) y para quimioterapia son más frecuentes en varones, mientras que en la insuficiencia cardíaca y los trastornos cerebrovasculares no se observan diferencias por sexos en la red de hospitales del Sergas.

Sin embargo existen algunas situaciones especiales cuando lo analizamos por hospital. En el caso del GDR 127 el reparto de episodios a partes iguales por sexos es constante en la mayoría de los centros, aunque se rompe en las Fundaciones Públicas da Barbanza y, en menor medida, Salnés con una mayoría de mujeres.

Es de nuevo la F.P. Hospital del Barbanza el único centro en donde el equilibrio por sexos se rompe también en el GDR 14 a favor de las mujeres.

En el caso de la quimioterapia, aunque en todos los centros el mayor porcentaje corresponde a hombres, en el C.H. Juan Canalejo el porcentaje de episodios por sexos se iguala.

En los dos GDRs de problemas respiratorios el comportamiento por sexos no varía en los diferentes centros hospitalarios respecto al descrito anteriormente para el global del Sergas.

Nuestro perfil del paciente con insuficiencia cardíaca en cuanto a edad y sexo coincide con el que se describe por la Sociedad Española de Medicina Interna en un estudio realizado en 2.145 pacientes en el que participaron 51 centros hospitalarios en toda España [131]. Este estudio pone de manifiesto la importancia de la insuficiencia cardíaca como problema de salud pública por su prevalencia e incidencia crecientes, en Galicia entre los años 2000 y 2005 es el segundo motivo de ingreso hospitalario en el área de medicina interna.

Otros estudios consideran, en este sentido, que es posible reducir en un 60% las hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca y en un 30% la mortalidad [132].

La actividad hospitalaria, sobre todo en el área médica, se programa escasamente, los hospitales se organizan en gran medida entorno a la puerta de urgencias. Baste señalar que de los cinco GDRs más frecuentes en cuatro, los trastornos

respiratorios, la insuficiencia cardíaca, los trastornos cerebrovasculares y el EPOC entre el 97 y el 99% de los ingresos globales del Sergas son urgentes.

Ni siquiera en el GDR 410 quimioterapia, en que la asistencia debería ser ampliamente programable, al contar con un diagnóstico previo de tumor, el porcentaje de programación no alcanza el 50% de los episodios. En este GDR consideramos que la organización de la asistencia y del ingreso hospitalario es claramente mejorable.

La organización del ingreso de la quimioterapia hace que más del 99% de los ingresos del C.H. Universitario Juan Canalejo sean programados mientras que más del 86% de los del C.H. Xeral-Calde sean urgentes. Sin ninguna duda la situación del C.H. Xeral-Calde es clara y fácilmente mejorable.

En los demás GDRs, al tratarse de problemas de salud que aparecen de forma urgente y que además pueden sufrir agravamientos imprevistos durante su evolución, es absolutamente normal el alto porcentaje de ingresos urgentes.

Es interesante destacar que generalmente se considera que los episodios de hospitalización que ingresan programados tienden a permanecer menos tiempo en el hospital.

No obstante en el caso del GDR 541 las estancias medias de los episodios programados y urgentes son muy similares en el global del Sergas, aunque analizadas en los hospitales con suficiente número de casos programados se observa una situación enormemente variada.

En el GDR 127 de insuficiencia cardíaca la duración media de la estancia es más de 1 día superior cuando el ingreso es urgente, esta misma situación se observa en los centros hospitalarios con suficiente número de casos a excepción del C.H. Universitario Juan Canalejo en que la estancia media es mayor en los ingresos programados.

En el GDR 14 la estancia media de los casos programados es 6 días mayor que la de los urgentes. No obstante debemos señalar que el escaso número de episodios de hospitalización programada y su distribución por centros no hacen significativo este dato. Tan solo en el C.H. Universitario Juan Canalejo, por el número de casos programados, se puede afirmar que la estancia media programada es seis días superior a la de los casos urgentes.

En el GDR 88 la estancia media es igual en ambos tipos de ingreso y la situación por hospitales no permite sacar conclusiones por el escaso número de casos programados.

La estancia media de las hospitalizaciones para quimioterapia más baja en los ingresos urgentes que en los programados, nos permite afirmar que los ingresos

urgentes no lo son tanto, sino que más bien se trata de que el acceso al hospital se realiza por la puerta de urgencias, aunque la asistencia está prevista con anterioridad.

En cuanto al alta, como cabría esperar, la inmensa mayoría de los episodios de hospitalización finalizan con alta a domicilio, concretamente entre el 85% en el GDR 541 y casi el 100% en el GDR 410.

De estos cinco GDRs el que presenta un mayor porcentaje de exitus es el 541 con casi el 13%. Debemos recordar en este sentido, que en este GDR se clasifican episodios de hospitalización con problemas respiratorios asociados a diversas complicaciones. En dos centros hospitalarios el porcentaje de exitus es muy elevado, concretamente del 18 y 32%.

El GDR 14 presenta el segundo porcentaje más alto de exitus, concretamente el 8,8% del total de ingresos. Debemos también tener en cuenta que se trata de problemas cerebrovasculares por oclusiones o estenosis de arterias cerebrales y precerebrales, situaciones graves en muchas ocasiones. En dos centros el porcentaje de exitus alcanza el 14% de los ingresos.

La insuficiencia cardíaca presenta una mortalidad hospitalaria del 5,9%. En un centro hospitalario esta mortalidad alcanza el 10% de los episodios.

En un estudio realizado en el área de A Coruña en el año 1995 [133] se obtiene una cifra de fallecimientos del 7,7% muy superior a la que obtenemos en nuestro estudio.

La mortalidad hospitalaria en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica es del 3,1%. En un centro hospitalario alcanza el 10%.

La mortalidad durante el episodio de hospitalización para quimioterapia es casi nula, se sitúa en el 0,2% de los episodios. En un centro alcanza el 0,5%.

Queremos señalar, finalmente respecto a la mortalidad hospitalaria, que la edad de los pacientes, como se señaló anteriormente es muy elevada, un alto porcentaje son pacientes de más de 74 años.

En nuestro sistema sanitario son relativamente frecuentes los ingresos cortos, es decir, los episodios en que el ingreso y el alta del paciente se producen en un período muy corto de tiempo, en menos de 2 días.

Esta situación puede ser debida a que la capacidad tecnológica del hospital no permite continuar el tratamiento de los pacientes, que no suele ser el caso en los cinco GDRs analizados, o que se produce un desenlace fatal del proceso de cuidados en ese tiempo e, incluso, que el paciente pida el alta voluntaria, también muy excepcional.

En todo caso en los cuatro primeros GDRs el porcentaje de altas de menos de 2 días de estancia está entre el 2,2 y el 2,7% y este porcentaje es bajo en todos los centros.

Tan solo el GDR 410 de quimioterapia tiene, como cabría esperar, un comportamiento en este sentido diferente, el porcentaje de casos de menos de dos días de estancia es del 36,6%. Este comportamiento viene determinado por el tipo de cuidados para los que ingresa el paciente. En algún hospital este porcentaje alcanza el 76,5% del total de episodios de hospitalización.

Un último aspecto a destacar de los cinco GDRs más frecuentes es que, al tratarse de procesos crónicos, suelen ingresar en múltiples ocasiones en el hospital, de ahí la justificación del estudio de los reingresos.

Algunos autores [134] que han estudiado de forma específica los reingresos en el área de medicina interna de un hospital de tercer nivel, los clasifican como reingresos relacionados, los ocasionados por la misma enfermedad o complicación de la misma; multingreso, reingresos de una misma patología atendida en diferentes servicios del hospital; evitables, aquellos que no cumplen criterios del protocolo de adecuación de ingreso hospitalario y tempranos, los que se producen antes de los 30 días tras el alta. Los problemas de salud que suponen en este estudio, un mayor porcentaje de reingresos son la insuficiencia cardíaca y los problemas respiratorios crónicos.

Los reingresos pueden considerarse como un resultado adverso y, por tanto, posiblemente como un exponente de mala calidad, y su estudio como una buena oportunidad de mejora de las organizaciones hospitalarias [135].

Nosotros hemos estudiado los reingresos en el conjunto del período, es decir, en los cinco años del estudio desde el año 2000 al 2004 ambos incluidos y lo denominamos como tal cuando existe un ingreso previo por la misma patología.

Los reingresos suelen relacionarse con aspectos de calidad de los cuidados, aunque en los procesos más frecuentes del área médica, consideramos que se relacionan más con la evolución natural de la enfermedad que con la calidad de los cuidados en el episodio anterior al reingreso.

En los trastornos respiratorios (GDR 541) de los 37.770 episodios de hospitalización que se han producido, 12.107 (el 32,1%) son reingresos. Esto quiere decir que han ingresado un total de 25.663 pacientes diferentes. Una parte de estos pacientes ingresan de nuevo, en ocasiones varias veces, hasta completar los restantes 12.107 episodios de hospitalización.

Un 15,4% de los reingresos en este GDR tienen lugar a lo largo del primer mes de haberse producido el ingreso anterior y el restante 84,6% más tarde.

En la insuficiencia cardíaca (GDR 127) de los 21.368 episodios de hospitalización que se han producido en este período, 5.436 (el 25,4%) son reingresos. Esto quiere decir que han ingresado un total de 15.932 pacientes diferentes. A estos 15.932 primeros episodios de hospitalización hay que añadir, por tanto, otros 5.436 episodios de pacientes que ingresan de nuevo, en ocasiones varias veces.

Un 13,4% de los reingresos en este GDR tienen lugar a lo largo del primer mes de haberse producido el ingreso anterior y el restante 86,6% más tardíamente.

En la enfermedad pulmonar obstructiva crónica la situación es similar a los dos GDRs anteriores. Concretamente en este GDR se producen un total de 3.701 reingresos, lo que supone un 27,8% del total de los episodios de hospitalización. Los 13.301 episodios de hospitalización por EPOC son producidos por 9.600 pacientes.

Algunos autores españoles [136] consideran que el riesgo de reingreso en un mes en la exacerbación aguda de la EPOC se explica principalmente por las características clínicas de los pacientes, mientras que los reingresos en una semana se relacionan con la calidad de los cuidados aplicados, considerándolos, por tanto, un buen indicador de la calidad de la asistencia intrahospitalaria.

Otros autores han identificado diversas variables predictivas del reingreso en la EPOC, cabe citar en este sentido, además de la calidad de la asistencia intrahospitalaria [137], la calidad de vida del paciente [138] o la severidad clínica al ingreso [139].

El 14,3% de esos reingresos se producen de forma temprana, es decir, transcurridos menos de 30 días del ingreso previo y el 85,7% restante pasado ese período.

En el caso de los trastornos cerebrovasculares (GDR 14) el volumen de reingresos es mucho menor que en los tres GDRs anteriores, concretamente se producen un total de 616 reingresos, lo que supone un 4,4% del total de ingresos. De estos reingresos el 15,3% se producen en los primeros 30 días del ingreso anterior y el restante 84,7% pasado ese período de tiempo.

El caso de la quimioterapia es especial, y así lo demuestran los datos, por cuanto es un proceso asistencial que necesita varias sesiones para un mismo paciente. En el período estudiado, los 12.040 episodios de hospitalización para quimioterapia se deben a 3.289 pacientes. El porcentaje de reingresos es del 72,7%, de forma que muy pocos pacientes reciben una única sesión de quimioterapia.

Otro aspecto diferencial respecto a los GDRs anteriores es que el 77,3% de los reingresos se producen en el transcurso del primer mes desde el ingreso anterior, mientras que tan solo el 22,7% lo hace después de ese período.

6.3. ANÁLISIS DE COSTES

Del estudio de costes hemos excluido, por no disponer de datos, el Policlínico Vigo S.A. (Povisa) y las cuatro fundaciones hospitalarias públicas.

No se dispone de información sobre el gasto ocasionado al Sergas por la actividad de hospitalización médica de centros concertados. Por los datos de actividad de que disponemos, solo en el área sanitaria de Ferrol el impacto de la actividad concertada es importante, supone más del 30% del total de hospitalizaciones de esta área.

Esto supone, sin duda, que los datos de gasto en Ferrol son superiores a los que se ofrecen en este estudio. En las demás áreas la actividad médica concertada tiene escaso impacto.

Según los datos facilitados por la División de Asistencia Sanitaria, el coste de cada unidad de producción, UPH, en cada centro sanitario tradicional de la red pública del Sergas varía entre 1.671,73 €, del C.H. Arquitecto Marcide en el año 2000, y los 2.563,72 € del H. Comarcal de Valdeorras en el año 2004.

El hecho de que el coste sea alto en un hospital comarcal se debe a que para el funcionamiento de centros de estas características, centros básicos comarcales, es necesaria una dotación de recursos humanos y materiales en que prima más la mejora de la accesibilidad de los ciudadanos a las prestaciones sanitarias que la búsqueda de elementos de productividad.

El coste de la unidad de producción se incrementa progresiva y ligeramente a lo largo del período estudiado.

Naturalmente con este dato de coste de la unidad de producción y con la información de las UPHs producidas en la red de centros del Sergas, hemos calculado el coste total de la hospitalización del Sergas.

El gasto en capítulos 1 (personal) y 2 (gasto corriente), de la hospitalización en estos 11 centros hospitalarios varía entre los 928.499.344,53 € del año 2000 y los 1.217.672.797,99 € del año 2004, alcanzando la cifra de 5.308.186.236,68 € en el total del período.

Este gasto está directamente relacionado con la tipología y, por tanto, los recursos con los que cuenta cada centro hospitalario, de forma que varía, en este período, entre los algo más de trece millones de euros del H. Comarcal de Valdeorras del año 2000 a los casi 247 millones de euros del C.H. Universitario Juan Canalejo del año 2004.

Del crecimiento en el gasto en este período nos da idea el hecho de que en el gasto total de los cinco años, tan solo dos centros quedan por debajo de los 100 millones de euros, otros cuatro por debajo de los 500 millones, mientras que cinco hospitales superan los 500 millones de euros.

Una importante dificultad en la gestión de los hospitales es que resulta complicado distribuir estas cifras de gasto entre las diferentes líneas de actividad del centro, es decir, resulta difícil conocer cuanto de este gasto se debe a las urgencias, consultas externas, hospital de día, cirugía ambulatoria u hospitalización.

Este hecho es así por cuanto en los hospitales públicos se trabaja con contabilidad presupuestaria más que por contabilidad analítica. La contabilidad presupuestaria nos permite conocer con bastante aproximación cuanto se gasta en cada capítulo del presupuesto y, para cada capítulo, en los diferentes artículos, pero no es adecuada para conocer cuanto gasta cada una de las unidades o servicios del hospital.

Para conocer el gasto por cada unidad o servicio es necesario tener perfectamente definida la estructura del centro, disponer de información adecuada desde los gestores del gasto, personal, suministros, etc., que nos permita asignar estos gastos a cada una de las unidades y, en tercer lugar, realizar la imputación de costes de los centros estructurales e intermedios hacia los finales.

Sin embargo, al disponer de información sobre el coste de la unidad de producción de hospitalización de cada uno de los centros del Sergas, podemos aproximarnos al gasto en hospitalización siendo conocedores también del volumen de producción de cada hospital.

Según estos datos podemos afirmar que el gasto en hospitalización supone el 62,6% del gasto total en el conjunto del Sergas en el global de los cinco años analizados. Este porcentaje muestra una cierta estabilidad ya que varía entre el 63,7% en el año 2002 y el 61,8% en el año 2004.

Sin embargo el porcentaje de gasto de hospitalización sobre gasto total es más variable por centro hospitalario, aunque dentro de unos márgenes aceptables. En este sentido podemos decir que tan solo un centro sanitario se aparta claramente del resto, nos referimos al C.H. Xeral-Cies que presenta en este apartado unas cifras bastantes más bajas, es decir, el gasto de hospitalización es sensiblemente más bajo que en los demás centros. Concretamente este porcentaje, en este centro, en el conjunto de los cinco años es del 49,5% y varía entre el 47,6% del año 2001 y el 51,9 del año 2000.

En otros dos centros está por debajo del 60%, el Hospital Comarcal de Monforte con el 58%, cifra que varía entre el 55,8% del año 2004 y el 62,6% del año 2000, y el C.H. de Pontevedra con un 59,2% que varía entre el 55,9% del año 2004 y el 61,4% del año 2002.

En todos los demás centros el porcentaje de gasto total que se dedica a hospitalización supera el 60%, tanto en el conjunto de los cinco años como de forma anual.

Los centros en que el gasto en hospitalización supone el mayor porcentaje respecto al gasto total son el Hospital Meixoeiro, alcanza el 68,1% en el período y varía entre el 60,1% del año 2000 y el 72,5% del año 2004; el C.H. Universitario Juan Canalejo con el 67%, varía entre el 64,9% del año 2004 y el 69,2% del año 2000; y el C.H. Xeral-Calde con el 66,6% global que varía entre el 64,6% del año 2001 y el 69% del año 2002.

La hospitalización del área médica supone en los cinco años para estos once centros hospitalarios un total de 1.457.402.845,86 €, cifra que varía entre los 254.416.809,15 € del año 2000 y los 336.111.896,39 € del año 2004.

Las cifras absolutas por centro varían de manera importante en función de la dotación del área médica en cada centro, es decir, del número de especialidades, de especialistas y de camas. Por centro el gasto varía desde los algo más de 3 millones de euros del Hospital Comarcal de Monforte en el año 2001 y los más de 75 millones de euros del C.H. Universitario Juan Canalejo en el año 2004.

Otro aspecto de interés es analizar el porcentaje de gasto que significa la hospitalización médica sobre el gasto total de hospitalización. Para el conjunto de los once hospitales en el período estudiado, este porcentaje alcanza el 43,9%, variando entre el 43% del año 2001 y el 44,6% del año 2004.

Sin embargo este porcentaje es bastante más variable cuando se analiza por centro hospitalario. En cuatro centros el gasto en hospitalización médica no llega al 40%, el de menor porcentaje es el Hospital da Costa (30%) y el mayor el C.H. Universitario de Santiago (39,8%); en otros cuatro centros este porcentaje está entre el 40 y el 50%, el de menor porcentaje es el C.H. Arquitecto Marcide con el 41,2% y el de mayor el Hospital Meixoeiro con el 47,5%; y en tres centros este porcentaje supera el 50%, llegando en el C.H. Xeral-Calde al 54,4%.

Estas variaciones ponen de manifiesto la diferente importancia del área médica en los distintos hospitales.

Respecto al gasto total, capítulos 1 y 2, el gasto en hospitalización del área médica supone en el conjunto de los cinco años un 27,5%, porcentaje que varía muy poco anualmente. Sin embargo varía mucho más entre centros. En tres centros no llega al 20% (C.H. Xeral-Ciés 16,4%, Hospital da Costa 18,4% y Hospital Comarcal de Monforte 19,8%), mientras que en cinco centros supera el 30%, siendo el mayor el C.H. Xeral-Calde con un 36,2%.

Respecto al gasto por habitante, es un dato que debe interpretarse con ciertas

precauciones por la dificultad en su obtención.

Las dificultades surgen en el momento de definir la población asignada a cada centro hospitalario. Los grandes hospitales no solo cubren su sector territorial asignado sino que están dotados para atender pacientes de otros sectores para los que son referencia.

El C.H. Universitario Juan Canalejo cubre, para la mayoría de los problemas de salud complejos, el sector asignado a la F.P. Hospital Virxe da Xunqueira y lo mismo ocurre con el C.H. Universitario de Santiago respecto a la F.P. Hospital da Barbanza, al C.H. de Pontevedra respecto a la F.P. Hospital do Salnés y al C.H. de Ourense con la F.P. Hospital de Verín. Por este motivo para el cálculo del gasto por habitante hemos optado por asignar las poblaciones de las fundaciones a cada uno de sus hospitales de referencia.

Sin embargo existentes otras referencias que por problemas de información no ha sido posible ajustar. Entre estas podemos citar la que representa el C.H. de Ourense para el Hospital Comarcal de Valdeorras, el C.H. Xeral-Calde para los Hospitales Comarcales de Monforte y Costa, el C.H. Xeral-Cies para Povisa o el C.H. Xeral-Cies y el Hospital Meixoeiro entre ellos.

Por todos estos elementos el gasto por habitante puede variar ligeramente.

En cuanto a los resultados observamos que el gasto medio en el período es de 2.116,44 euros por habitante protegido. Esta cifra varía entre centros.

Presentan las cifras más bajas el C.H. Arquitecto Marcide, el Hospital da Costa, el Comarcal de Monforte y el C.H. de Pontevedra. Debemos tener en cuenta que estos centros tienen referencias para varios tipos de problemas asistenciales por lo que un cierto volumen de los habitantes de su sector son cubiertos por otros hospitales, si este ajuste pudiera llevarse a cabo las cifras tenderían a subir, con lo que se corregiría, al menos en parte, la diferencia respecto a la media.

Las cifras más altas corresponden a los complejos hospitalarios Xeral-Cies y al Universitario de Santiago. También en estos casos son centros de referencia para pacientes de otros sectores, con lo cual dicho ajuste supondrían una disminución de sus cifras.

En definitiva, aunque se observan ciertas diferencias, estas tenderían a minorarse en el momento que se dispusiera de toda la información precisa para el ajuste definitivo. De todas formas las diferencias respecto a la media en el C.H. Arquitecto Marcide y en el Hospital da Costa son muy importantes y demuestran que el gasto en estas áreas es menor de lo que se requeriría para la prestación adecuada de los servicios.

Respecto al gasto de hospitalización por habitante presentan de nuevo importan-

tes variaciones respecto a la media, que no se corregirían exclusivamente con el ajuste de los datos, el C.H. Arquitecto Marcide y el Hospital da Costa. Esto sigue confirmando que el nivel de gasto para estos centros debería aumentarse.

El gasto de hospitalización médica presenta importantes variaciones en centros que tienen que ver no solo con las referencias entre centros y el nivel de cobertura que cada hospital da a su población sino también con la importancia relativa del área médica respecto a las demás áreas.

Las cifras anteriores nos muestran la importante cantidad de recursos que se dedican a la sanidad. En este sentido señalaremos que el gasto sanitario en España viene a corresponder a un 7,4% del PIB algo menor que la media de los países de la OCDE, sin embargo esta diferencia se debe a la diferencia de renta, es decir, que con respecto a la renta per cápita nos sitúa en un nivel aceptable dentro de la OCDE. Por otra parte el 71,4% del gasto sanitario total en España en el año 2002 es público, algo más bajo que la media de Europa [140]. Cifras similares aportan otros autores [141].

Otro aspecto relevante, en este sentido, es la escasa participación de los ciudadanos en el gasto, España es de los países de la OCDE con menor nivel de co-pago, destacando las aportaciones en medicamentos para activos y mínimas aportaciones en la prestación ortoprotésica.

Respecto a la importancia de la atención especializada en España, podemos decir que es alta, ya que el 45% del gasto sanitario se dedica a hospitales. Aunque lo más llamativo del gasto sanitario en España es el alto porcentaje de gasto público en medicamentos que alcanza el 19,5% en el año 1996, solo superado por Portugal con el 28,3% y muy lejos de países como Dinamarca (5,1%), Finlandia (8,8%) o Bélgica (9,3%) [142].

Por otra parte, el sistema de pago a los hospitales está evolucionando en los últimos años [143] con la introducción de nuevos métodos de pago como herramienta para la mejora de la eficiencia de los centros.

En este sentido, se diferencian tres elementos. La función de compra que debe velar por comprar aquella actividad necesaria para satisfacer la demanda expresada por la población. La función de provisión de forma que los centros realicen el mayor volumen de actividad al menor coste posible en función de la productividad y la eficiencia. El contrato, que establece la relación entre comprador y proveedor.

Muchos de estos sistemas son mixtos, es decir, dividen el pago en función de dos elementos. Por una parte se paga en función del rol del hospital, donde se tiene en cuenta la complejidad estructural del centro, se trata por tanto de un pago retrospectivo, y por otra parte se paga en función de la actividad realizada, es un pago prospectivo que depende de la complejidad y cantidad de la patología aten-

dida.

En Galicia estos sistemas apenas se han introducido, de forma que el pago sigue siendo fundamentalmente en función de los gastos históricos.

Aplicando las tarifas de las UPHs de cada centro hospitalario a las UPHs producidas por ingreso de los cuatro GDRs más frecuentes, trastornos respiratorios, insuficiencia cardíaca, trastornos cerebrovasculares y EPOC, podemos aproximar-nos al gasto que estos problemas de salud producen en los hospitales públicos de la red del Servicio Gallego de Salud, se excluyen del estudio las fundaciones hospitalarias y Povisa.

Las hospitalizaciones por trastornos respiratorios (GDR 541) y por enfermedad pulmonar obstructiva crónica producen en los cinco años del estudio un gasto de 172,13 millones de euros, lo que supone una media anual de cerca de 34,5 millones de euros.

Algún estudio señala que el gasto sanitario mínimo de la EPOC en Andalucía en el año 2000 fue de 27 millones de euros [144]. Otros estudios [145] hablan de un coste anual estimado de 238,82 millones de euros en España.

Las hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca (GDR 127) producen un gasto de 53,70 millones de euros, lo que supone una media anual de algo más de 10 millones de euros.

Las hospitalizaciones por trastornos cerebrovasculares (GDR 14) 51 millones de euros, lo que supone una media anual de 10 millones de euros.

Estas cifras son suficientemente esclarecedoras sobre la dimensión de estos problemas de salud en Galicia.

7. CONCLUSIONES

Conclusiones

PRODUCCIÓN

- 1^a. De las seis áreas de hospitalización, es el área médica la responsable del mayor volumen de producción de los hospitales del Sergas y más de la mitad de dicha producción corresponde a los servicios de medicina interna y cardiología.
- 2^a. Los problemas cardiocirculatorios y respiratorios suponen más de la mitad de los ingresos del área médica.
- 3^a. La cuarta parte de los ingresos se concentra en siete GDRs (dos corresponden a problemas del aparato respiratorio, tres del sistema cardiocirculatorio, uno del sistema nervioso y otro de las neoplasias).
- 4^a. Los servicios del área médica atienden fundamentalmente a pacientes varones y mayores de 64 años que ingresan en su mayoría por el servicio de urgencias. Un 7,5% de los episodios fallecen durante el ingreso.
- 5^a. La estancia media es muy variable entre servicios, hospitales y procesos clínicos, así como por sexo y grupos de edad. Los ingresos no programados y los traslados internos tienden a aumentar la estancia media.
- 6^a. Los perfiles de producción permiten identificar el déficit de dotación y valorar los resultados de cada centro, por ello son un elemento básico para la toma de decisiones tanto a nivel de macro como de micro gestión.
- 7^a. Los pacientes de cada sector hospitalario son atendidos en un alto porcentaje en el hospital de dicho sector. Los flujos entre sectores se producen hacia los grandes complejos hospitalarios por tratarse de centros de referencia. El hospital que ejerce mayor atracción es el C.H. Universitario de Santiago.
- 8^a. La frecuentación por áreas sanitarias es muy variable, los residentes en algunas ingresan un 150% más que los residentes en otras. De los datos estudiados no se deduce que estas variaciones se justifiquen por las diferencias de morbilidad, de dotación de los centros ni de edad, ya que se mantienen para cada grupo de edad, aunque sí tiene influencia la actividad concertada en el área de Ferrol.

COMPORTAMIENTO DE GDRs

- 9^a. Más de la quinta parte de los ingresos del área médica son debidos a cinco procesos, y los ingresos se producen con más frecuentes por bronquitis crónica, insuficiencia cardíaca, oclusión o estenosis de arterias cerebrales y por admisión para quimioterapia.
- 10^a. La frecuentación es también muy variable para un mismo proceso clínico. En algún GDR las diferencias de frecuentación por áreas sanitarias alcanzan el 700%.
- 11^a. La distribución de la estancia a nivel Sergas es bimodal en la quimioterapia y homogénea en los otros cuatro GDRs estudiados, sin embargo es muy variable por centro. El volumen de episodios con estancia anormalmente larga varía mucho por GDR y hospital.
- 12^a. El perfil del paciente del GDR 541, trastornos respiratorios excepto infecciones, bronquitis y asma, con complicación mayor, es el de un varón mayor de 64 años (82,4%) que ingresa por urgencias y que presenta una mortalidad hospitalaria del 12,9%. Un tercio de las hospitalizaciones son reingresos.
- 13^a. El perfil del paciente del GDR 127, insuficiencia cardíaca y shock, es el de una persona mayor de 64 años (87,8%) sin predominio de ningún género, que ingresa por urgencias y que presenta una mortalidad hospitalaria del 5,9%. Una cuarta parte de las hospitalizaciones son reingresos.
- 14^a. El perfil del paciente del GDR 14, trastornos cerebrovasculares específicos excepto AIT y hemorragia intracraneal, es el de una persona mayor de 64 años (83%) sin predominio de ningún género, que ingresa por urgencias y que presenta una mortalidad hospitalaria del 8,8%. Apenas presenta reingresos.
- 15^a. El perfil del paciente del GDR 88, enfermedad pulmonar es el de un varón mayor de 64 años (82,5%) que ingresa por urgencias y que presenta una mortalidad hospitalaria del 3,1%. Más de una cuarta parte de las hospitalizaciones son reingresos.
- 16^a. El perfil del paciente del GDR 410, quimioterapia es el de un varón menor de 64 años (61,5%) en que el 72,7% de las hospitalizaciones son reingresos

COSTES

- 17^a. El coste medio de la producción de hospitalización en la red del Sergas va creciendo progresivamente a lo largo de los años, pasando de estar algo por debajo de los 2000 € a superar ligeramente esta cifra en el año 2004.
- 18^a. El gasto de la hospitalización en la red del Sergas, en este período, se acerca a los dos tercios del gasto total, situándose en el 62,6%, aunque con algunas variaciones entre centros.
- 19^a. El gasto del área médica supone más de la cuarta parte del gasto total, exactamente un 27,5% y casi la mitad del gasto de hospitalización, concretamente el 43,9%, aunque varía sensiblemente entre hospitales.
- 20^a. Los cuatro procesos más frecuentes de hospitalización del área médica (GDRs 541, 127, 14 y 88) ocasionan en el periodo 2000-2004 un gasto de 276,83 millones de euros, lo que supone una media anual de 55,56 millones y, de ellos, solo los problemas respiratorios (GDRs 541 y 88) alcanzan los 172,13 millones de euros en los cinco años, 34,5 millones anuales.

CONCLUSIÓN FINAL

El Conjunto Mínimo Básico de Datos de alta hospitalaria (CMBD), que incluye los diagnósticos y procedimientos codificados con la clasificación internacional de enfermedades (CIE-9-MC), y su explotación a través de un sistema de clasificación de pacientes como los Grupos de Diagnósticos Relacionados (GDRs), constituyen las principales herramientas sobre las que se asienta el actual sistema de medida del producto hospitalario y la gestión de los servicios y centros hospitalarios del Servicio Gallego de Salud.

El Conjunto Mínimo Básico de Datos de alta hospitalaria (CMBD) no sólo es útil en la gestión sanitaria, sino que es en la actualidad un elemento clave en la investigación epidemiológica y estadística de la morbi-mortalidad hospitalaria.

8. ANEXOS

Anexos

8.1. ANEXO I

Tabla 20: Diagnósticos principales que se clasifican en el
GDR 541: Tr. respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con cc mayor

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
003.22	Neumonía por salmonela
006.4	Absceso amebiano pulmonar
010	Infección tuberculosa primaria
011	Tuberculosis pulmonar
012	Otras tuberculosis respiratorias
020.3	Neumonía primaria por yersinia pestis
020.4	Neumonía secundaria por yersinia pestis
020.5	Neumonía no específica por yersinia pestis
021.2	Tularemia pulmonar
022.1	Antrax pulmonar
031.0	Otras enfermedades micobacterianas pulmonares
039.1	Actinomicosis pulmonar
052.1	Neumonitis de varicela
055.1	Neumonía postsarampión
073.0	Ornitosis con neumonía
095.1	Sífilis pulmonar
112.4	Candidiasis pulmonar
114	Coccidioidomicosis pulmonar
115	Histoplasmosis pulmonar
121.2	Paragonimiasis
122.1	Infección pulmonar por echinococcus granulosus
130.4	Neumonitis por toxoplasmosis
136.3	Neumocistosis
482.0	Neumonía por klebsiella pneumoniae
482.1	Neumonía por pseudomonas
482.4	Neumonía por estafilococos
482.8	Neumonía por otras bacterias específicas
484	Neumonía en enfermedades infecciosas clasificadas bajo otros conceptos
507	Neumonitis por sólidos y líquidos
510	Empiema
511	Pleuresía
513	Absceso de pulmón y mediastino
519.2	Mediastinitis
795.5	Reacción no específica a la prueba de la tuberculina sin tuberculosis activa
V71.2	Observación por presunta tuberculosis

Fuente: All Patient Diagnosis Groups (AP-DRGs), Versión 18.0 Definitions manual

Tabla 21: Diagnósticos secundarios definidos como complicación mayor o comorbilidad

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
003.1/.22	Septicemia por salmonella y neumonía por salmonella
006.3/.4/.5	Absceso amebiano del hígado, pulmonar o cerebral
011.6/.7	Neumonía tuberculosa y neumotórax tuberculoso
013	Tuberculosis de meninges y del sistema nervioso central
014.0	Peritonitis tuberculosa
018	Tuberculosis miliaria
020	Peste
021	Tularemia
022.1/.2/.3	Antrax pulmonar, gastrointestinal o septicemia por antrax
026	Fiebre por mordedura de rata
027.0	Listeriosis
032	Difteria
036	Infección meningocócica
037	Tétanos
038	Septicemia
040.0	Gangrena gaseosa
042	Enfermedad por VIH
052.0/.1	Encefalitis postvaricela y neumonitis de varicela
053.0	Encefalitis herpética
054.3/.5/.72	Meningoencefalitis herpética, septicemia herpética y meningitis por herpes simple
055.0/.1	Encefalitis postsarampión y neumonía postsarampión
056.01	Encefalitis por rubeola
070.0/.2/.4/.6	Hepatitis A, B, otras y no especificadas con coma
072.1/.2/.3	Meningitis, encefalitis y pancreatitis por paperas
073.0	Ornitosis con neuominia
090.41/.42	Encefalitis y meningitis sifilíticas congénitas
093.2/.82	Endocarditis y miocarditis sifilítica
094.2/.81	Meningitis y encefalitis sifilíticas
112.4/.5/.8	Candidiasis pulmonar, diseminada o de otros sitios especificados
114.2	Meningitis coccidioidal
115	Meningitis, endocarditis o neumonía por histoplasmosis
130.0/.3/.4	Meningoencefalitis, miocarditis y neumonitis por toxoplasmosis
136.3	Neumocistosis
204.00	Leucemia linfocítica aguda sin mención de remisión
205.00	Leucemia mieloide aguda sin mención de remisión
206.00	Leucemia monocítica aguda sin mención de remisión
207.00	Eritrnia y eritroleucemia aguda sin mención de remisión
208.00	Leucemia sin especificación de tipo de células aguda sin mención de remisión
242	Tirotoxicosis con o sin bocio con mención de crisis o tormenta tirotóxica
250.2/.3	Diabetes con hiperosmolaridad y con coma
260	Kwashiorkor
261	Marasmo nutricional
262	Otras desnutriciones proteicocalóricas graves
277.01	Fibrosis quística con íleo meconial

Fuente: All Patient Diagnosis Groups (AP-DRGs), Versión 18.0 Definitions manual

Tabla 21: Diagnósticos secundarios definidos como complicación mayor o comorbilidad

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
282.62	Enfermedad Hb-S con mención de crisis
286.0/.1/.6	Trastornos congénitos de factores VIII y IX y síndrome de desfibrinación
320	Meningitis bacteriana
321	Meningitis por otros organismos
322	Meningitis de causa no especificada
323	Encefalitis, mielitis y encefalomiелitis
324	Abscesos intracraneales e intraespinales
343.2	Parálisis cerebral infantil, cuadriplejía
344.0	Otros síndromes paralíticos, cuadriplejía y cuadriparesia
348.1	Lesiones cerebrales anóxicas
349.82	Encefalopatía tóxica
357.0	Polineuritis infecciosa aguda
359.4	Miopatía tóxica
398.0	Miocarditis reumática
410	Episodio de atención inicial de infarto agudo de miocardio
415	Enfermedad cardíaca-pulmonar aguda
421	Endocarditis aguda y subaguda
422	Miocarditis aguda
427.4/.5	Fibrilación auricular y paro cardíaco
430	Hemorragia subaracnoidea
431	Hemorragia intracerebral
432	Otra hemorragia intracraneal
433	Oclusión y estenosis de arterias precerebrales con infarto cerebral
434	Oclusión de arterias cerebrales con infarto cerebral
436	Enfermedad cerebrovascular aguda mal definida
441	Aneurisma aórtico y disecante
446.3/.4	Granuloma paramedial letal y granulomatosis de Wegener
452	Trombosis de vena porta
453.0/.2/.3	Síndrome de Budd-Chiari y trombosis de vena cava o renal
464.11/.21/.31	Traqueitis, laringotraqueitis y epiglotitis agudas con obstrucción
478.34	Parálisis de cuerdas vocales o de laringe bilateral total
481	Neumonía neumocócica
482	Otras neumonías bacterianas
483	Neumonía por otros organismos especificados
484	Neumonía con enfermedad infecciosa clasificada bajo otro concepto
485	Bronconeumonía, organismo sin especificar
486	Neumonía, organismo no especificado
487.0	Gripe con neumonía
506.1	Edema pulmonar agudo por humos y vapores
507	Neumonitis por sólidos o líquidos
510	Empiema
511.1	Pleuresía con derrame y con mención de causa bacteriana
512	Neumotórax
513	Absceso de pulmón y mediastino

Fuente: All Patient Diagnosis Groups (AP-DRGs), Versión 18.0 Definitions manual

Tabla 21: Diagnósticos secundarios definidos como complicación mayor o comorbilidad

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
518.4/.5/.8	Edema agudo de pulmón, insuficiencia pulmonar postrauma y otras enferm. pulmonares
519.2	Mediastinitis
530.4/.7/.82	Perforación de esófago, laceración-hemorragia
531	Úlcera gástrica
532	Úlcera duodenal
533	Úlcera péptica, sitio no especificado
534	Úlcera gastroduodenal
535	Gastritis y duodenitis
537.83	Angiodisplasia de estómago y duodeno con hemorragia
540.0	Apendicitis aguda con peritonitis generalizada
557.0	Insuficiencia vascular aguda del intestino
560.2	Vólvulo de intestino o colon
562	Diverticulitis de intestino delgado y colon con hemorragia
567	Peritonitis
569.83/.85	Perforación intestinal y angiodisplasias de intestino con hemorragia
570	Necrosis hepática aguda y subaguda
572.0/.1/.2	Absceso hepático, piemia portal y coma hepático
573.4	Infarto hepático
575.1/.4	Otras colecistitis y perforación de vesícula biliar
577.0/.2	Pancreatitis aguda y quiste y pseudoquiste pancreático
580	Glomerulonefritis aguda
581.0/.1/.2	Síndrome nefrótico con lesión proliferativa y/o membranosa
583.4	Nefritis y nefropatía no especificada como aguda ni crónica rápidamente progresiva
584	Fallo renal agudo
590.11/.2	Pielonefritis aguda con necrosis medular renal y absceso renal y perinefrítico
596.6	Ruptura de vejiga no traumática
659.30/.31	Septicemia
665.0/.1	Ruprura del útero antes del inicio o durante el parto
669.1/.3	Shock y fallo renal agudo despues del parto
673	Embolia pulmonar obstétrica
674.0	Trastornos cerebrovascular en el puerperio
707.0	Úlcera de decúbito
711.0/.6	Artritis piógena y artropatía fúngica
728.86	Fascitis necrotizante
730.0/.8	Osteomielitis aguda y otras infecciones que implican al hueso
765.0	Inmadurez extrema
780.01	Alteración de la consciencia (coma)
785.51	Shcok cardiogénico
790.7	Bacteriemia
799.1	Para respiratoria
800	Fractura de bóveda craneal con pérdida de conocimiento
801	Fractura de base de cráneo con pérdida de conocimiento
803	Otras fracturas craneales y fracturas craneales no especificadas con pérdida conocimiento
804	Fracturas múltiples que implican cráneo o cara con pérdida de conocimiento

Fuente: All Patient Diagnosis Groups (AP-DRGs), Versión 18.0 Definitions manual

Tabla 21: Diagnósticos secundarios definidos como complicación mayor o comorbilidad

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
806	Fractura de columna vertebral con lesión medular
807.5/.6	Fractura de laringe y tráquea abierta o cerrada
808	Fractura de pelvis
820	Fractura del cuello del fémur
821.0/.1	Fractura de diáfisis del fémur abierta o cerrada
850.3/.4	Conmoción con pérdida prolongada de conocimiento con o sin regreso al nivel previo
851	Laceración y contusión cerebrales con pérdida de conocimiento
852	Hemorragia subaracnoidea, subdural o extradural despues de lesión con pérdida de conoc.
853	Otra hemorragia intracraneal con pérdida de conocimiento
854	Lesión intracraneal de otro tipo con pérdida de conocimiento
860	Neumotórax y hemotórax traumático
861	Lesión de corazón y pulmón con trauma abierto
862	Lesión de diafragma, bronquio, esófago y múltiples órganos intratorácicos
863	Lesión de estómago, intestino delgado, colon, recto y páncreas con trauma abierto
864	Traumatismos del hígado con desgarro moderado o grave o laceración
865.1	Traumatismo abierto del bazo
866.1	Traumatismo abierto del riñón
867	Traumatismo abierto de vejiga, uréter, útero u otros órganos pélvicos
868	Traumatismo abierto de otros órganos intra-abdominales
869.1	Lesión interna de órganos no especificados con trauma abierto abdominal
874	Heridas abiertas del cuello
901	Lesión de vasos sanguíneos de tórax
902	Lesión de vasos sanguíneos de abdomen y pelvis
952	Lesión de médula espinal sin evidencia de lesión vertebral
958	Complicaciones precoces de traumas (embolia gaseosa o grasa, shoch o anuria traumática)
996	Complicaciones de procedimientos (cardíacos, vasculares, sistema nervioso, ortopédico)
997.62	Complicación tardía de muñón amputado (infección)
998	Otras cc procedimient (shock postoperatorio, hemorragia, disrupción herida operatoria, ...)
999.1	Embolia gaseosa
V46.1	Dependencia de respirador

Fuente: All Patient Diagnosis Groups (AP-DRGs), Versión 18.0 Definitions manual

Tabla 22: Combinación de un procedimiento con alguno de los diagnósticos secundarios asociados

CÓDIGO		DESCRIPCIÓN
PROC.	37.78	Inserción de un sistema de marcapasos transvenoso temporal
DIAG.	411.81	Diversos problemas cardíacos (más de 30 diagnósticos)
	424.91 - 426.0	
	426.12 - 426.13	
	426.53 - 426.6	
	
	745.69 - 745.7	
	746.01 - 746.02	
	746.1 - 746.84	
	746.86	
	996.01	
CÓDIGO		DESCRIPCIÓN
PROC.	43.19	Otra gastrostomía
	46.39	Enterostomía
	96.6	Infusión enteral de sustancia nutritiva
	99.15	Infusión parenteral de sustancia nutritiva
DIAG.	011.00 - 011.56	Problemas de diversa índole (más de 400 diagnósticos)
	011.80 - 012.16	
	013.40 - 013.46	
	013.80 - 013.96	
	
	999.2 - 999.8	
	V23.7 - V23.9	
	V42.1	
	V42.6 - V42.86	
	V43.2	
CÓDIGO		DESCRIPCIÓN
PROC.	96.04	Inserción de tubo endotraqueal
	96.70	Ventilación mecánica continua de duración no especificada
	96.71	Ventilación mecánica continua inferior a 96 horas continuadas
	96.72	Ventilación mecánica continua duración 96 horas consecutivas o más
DIAG.	011.00 - 011.56	Problemas de diversa índole (más de 100 diagnósticos)
	011.80 - 012.16	
	031.0	
	115.03	
	
	996.09	
	997.1	
	V42.1	
	V42.6	
	V43.2	

Fuente: All Patient Diagnosis Groups (AP-DRGs), Versión 18.0 Definitions manual

Tabla 45. Frecuentación por área sanitaria y grupo de edad

ÁREA SANITARIA	FRECUENTACIÓN TOTAL PERÍODO (⁰ /oo)		FRECUENTACIÓN MEDIA ANUAL (⁰ /oo)	
	15-64	>64	15-64	>64
Ferrol	31,6	145,1	6,3	29,0
A Coruña	115,7	581,3	23,1	116,3
Santiago	210,5	920,1	42,1	184,0
Pontevedra	73,5	439,1	14,7	87,8
Salnés	88,3	589,4	17,7	117,9
Vigo	86,7	528,7	17,3	105,7
Ourense	108,7	579,8	21,7	116,0
Valdeorras	110,4	709,5	22,1	141,9
Monforte	90,8	374,0	18,2	74,8
Lugo	114,4	617,3	22,9	123,5
Cervo-Burela	65,9	271,5	13,2	54,3
SERGAS	93,6	503,7	18,7	100,7

Fuente: Elaboración propia

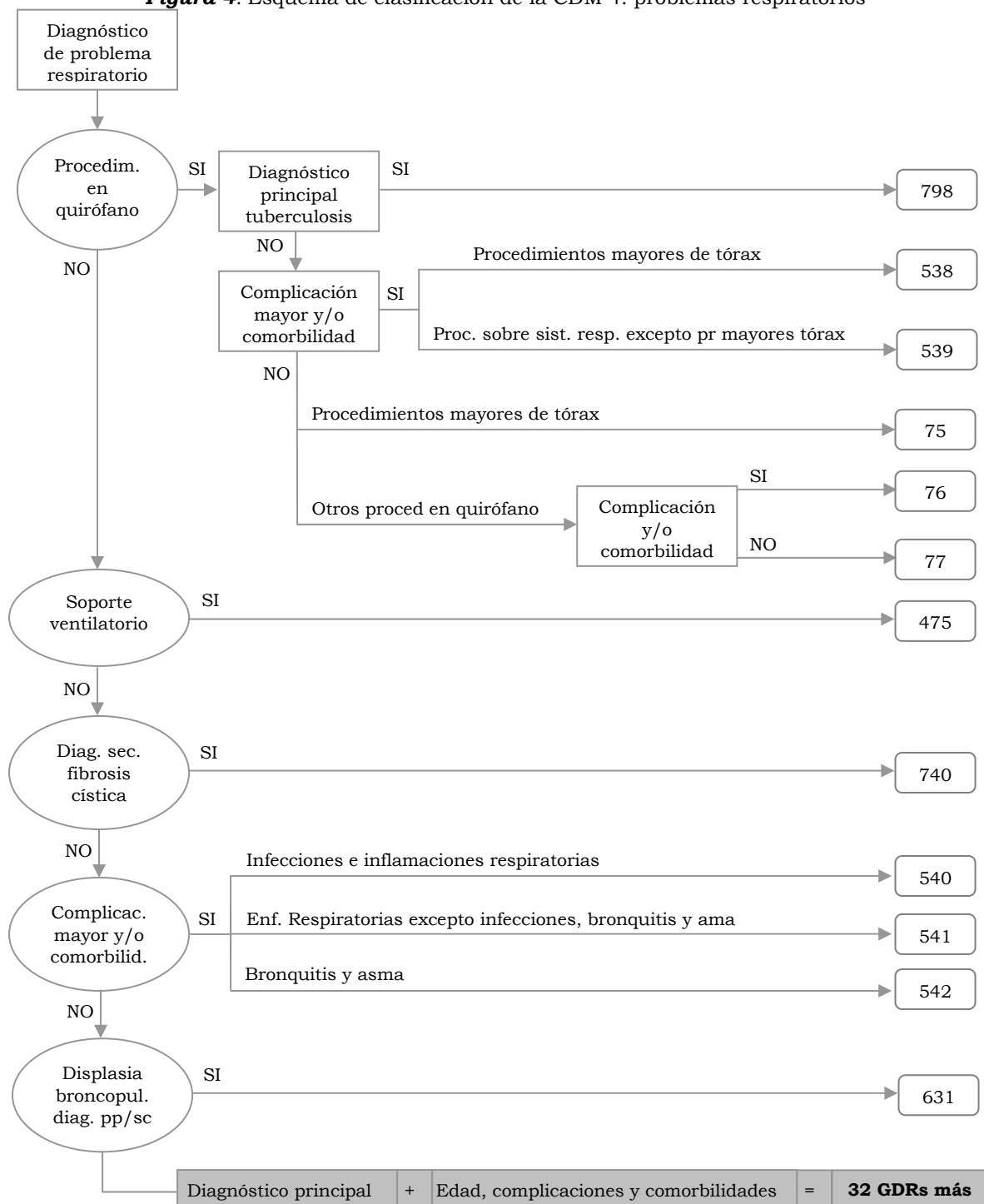
Tabla 97. Unidades de hospitalización a domicilio

HOSPITAL	HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO				
	POBLACIÓN	PACIENTES		EM	
		2001	2002	2001	2002
C.H. Universitario Juan Canalejo (CHUJC)	310.527	964	861	13,9	16,0
F.P. Hospital Virxe da Xunqueira (FPHVX)	43.880	114	239	8,5	9,5
C.H. Universitario de Santiago (CHUS)	228.147	378	454	17,4	16,0
F.P. Hospital da Barbanza (FPHB)	63.733	66	164	16,3	15,1
C.H. Arquitecto Marcide (CHAM)	121.562	150	170	21,6	27,0
C.H. de Pontevedra (CHPO)	130.360	385	449	18,6	16,1
C.H. Xeral-Cies (CHXCi)	186.019	323	401	28,1	26,8
Hospital Meixoeiro (HM)	160.388	103	414	15,2	21,6
Policlínico Vigo, S.A. (POVISA)	132.772	150	160	10,1	10,8
C.H. de Ourense (CHOU)	120.001	178	278	11,2	8,9
C.H. Xeral-Calde (CHXCa)	86.641	590	602	18,9	11,1
TOTAL SERGAS	1.584.030	3.401	4.192	16,9	16,5

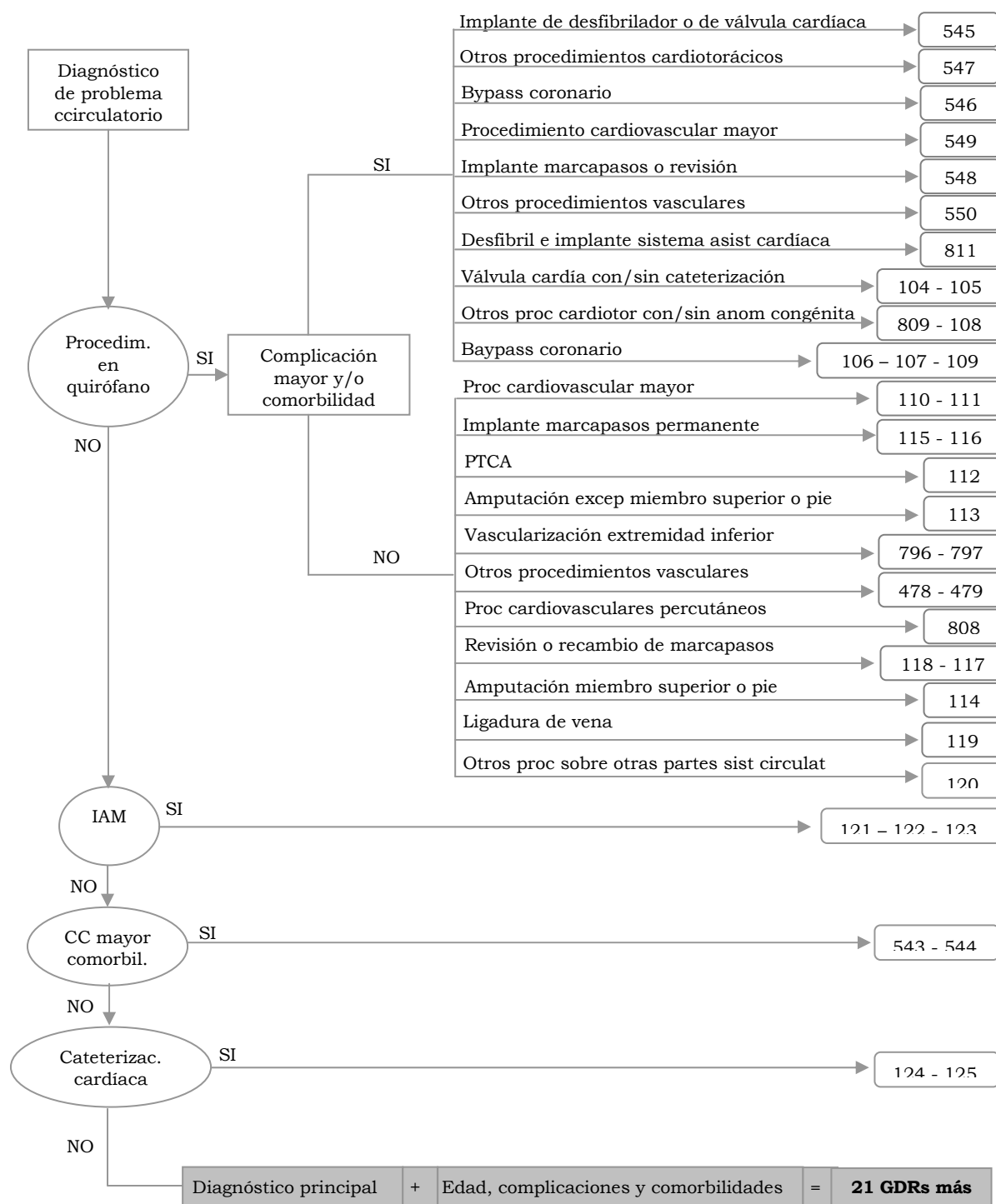
Fuente: División de Asistencia Sanitaria del Sergas

8.2. ANEXO II

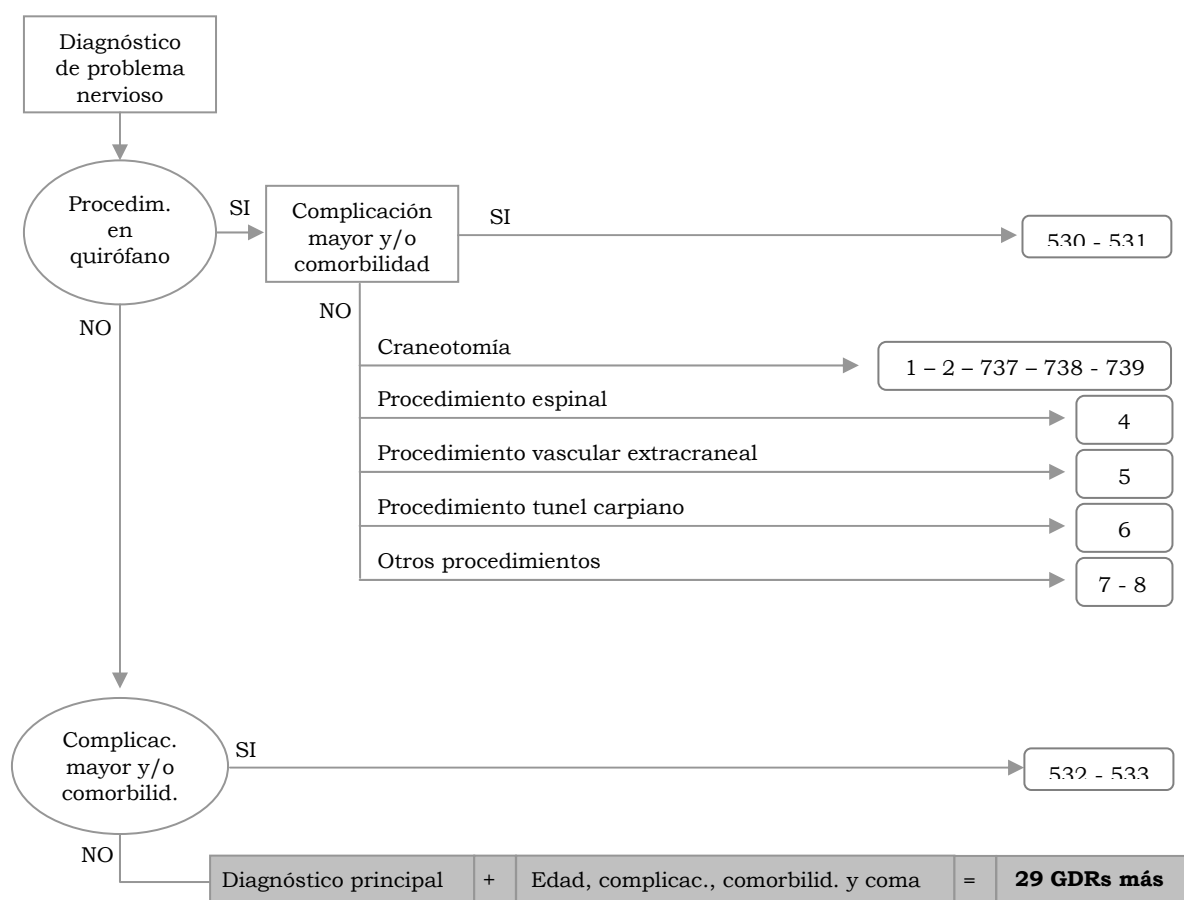
Figura 4. Esquema de clasificación de la CDM 4: problemas respiratorios



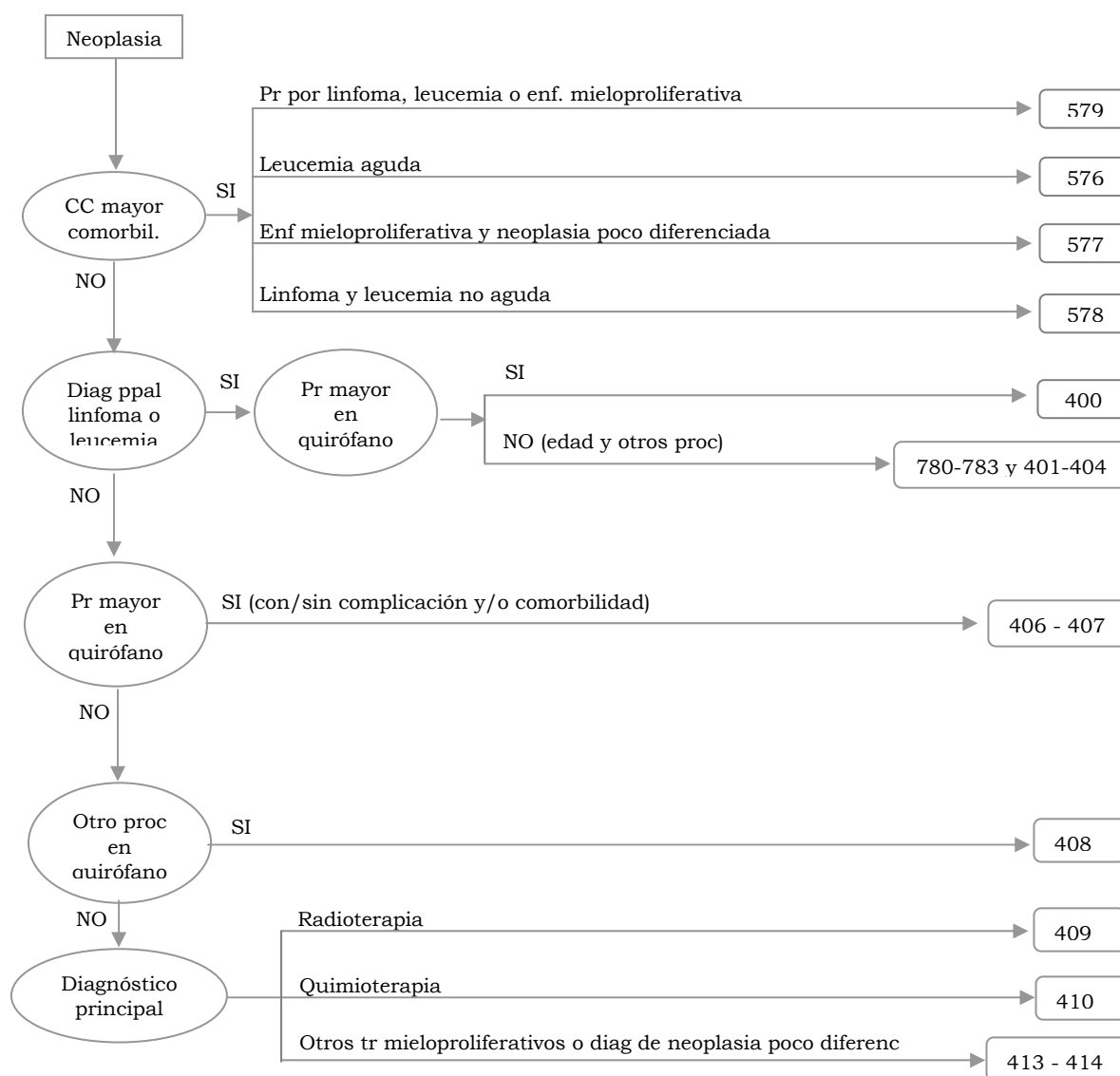
Fuente: All Patient Diagnosis Groups (AP-DRGs), Versión 18.0 Definitions manual

Figura 5. Esquema de clasificación de la CDM 5: problemas circulatorios

Fuente: All Patient Diagnosis Groups (AP-DRGs), Versión 18.0 Definitions manual

Figura 6. Esquema de clasificación de la CDM 1: problemas del sistema nervioso

Fuente: All Patient Diagnosis Groups (AP-DRGs), Versión 18.0 Definitions manual

Figura 7. Esquema de clasificación de la CDM 17: enf mieloproliferativas y neoplasias

Fuente: All Patient Diagnosis Groups (AP-DRGs), Versión 18.0 Definitions manual

8.3. ANEXO III

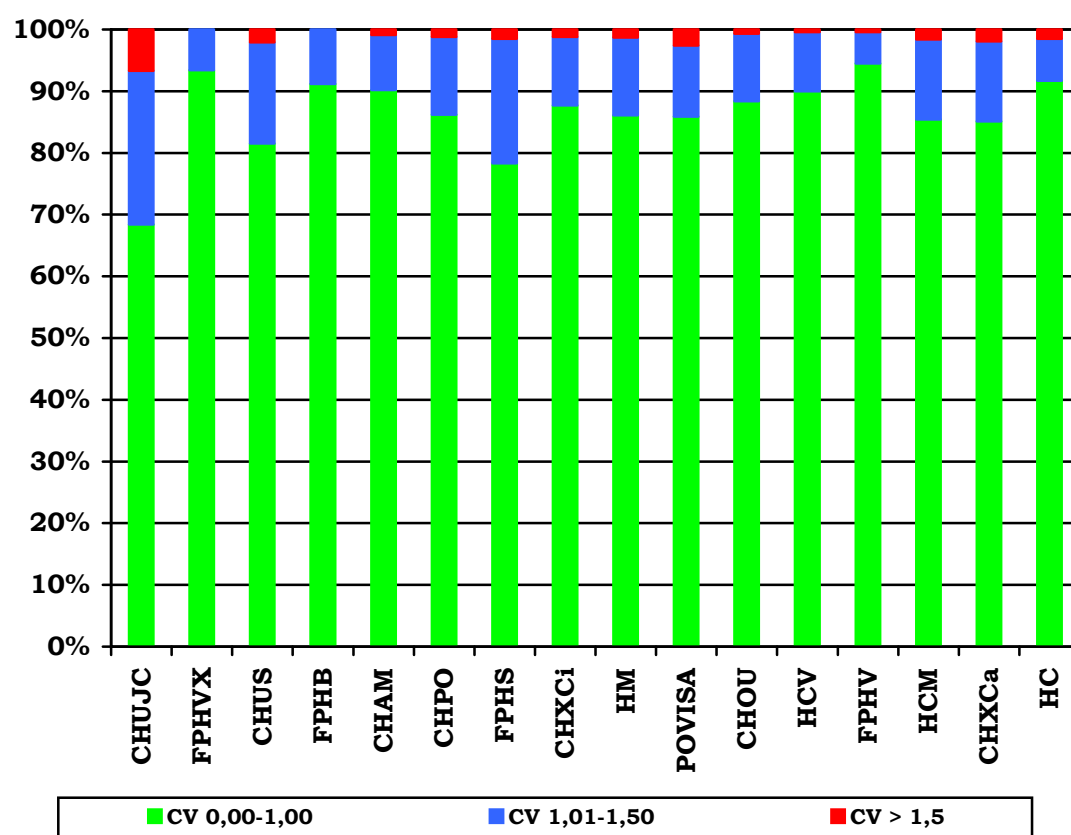
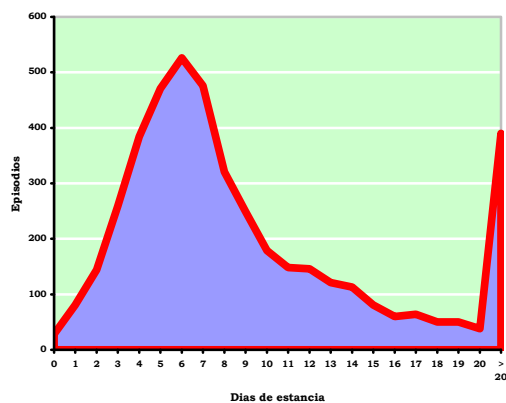


Gráfico 22. Variabilidad intragrupo por centro

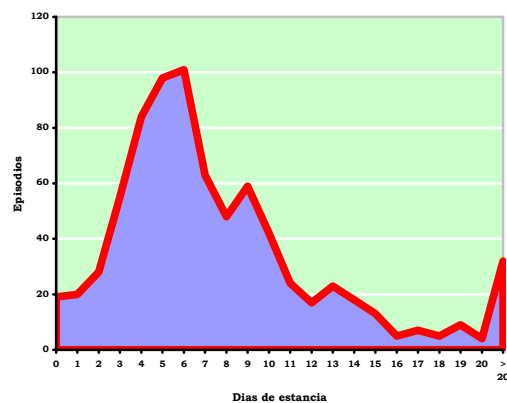
Fuente: Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de Información del Sergas

Gráfico 24. Duración de la estancia por hospital. GDR 541: Tr. respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con cc mayor. Área médica 2000 – 2004.

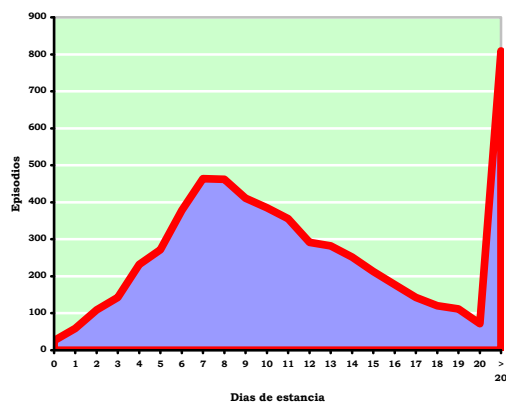
C.H. Universitario Juan Canalejo



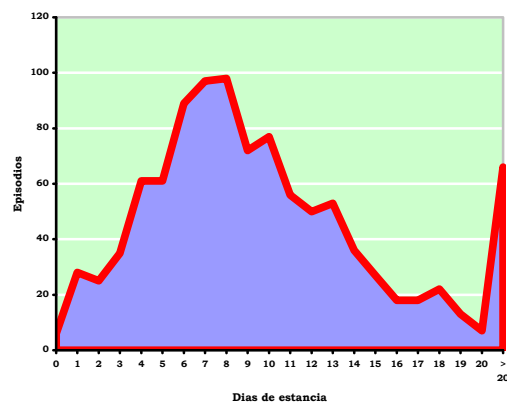
F.P. Hospital Virxe da Xunqueira



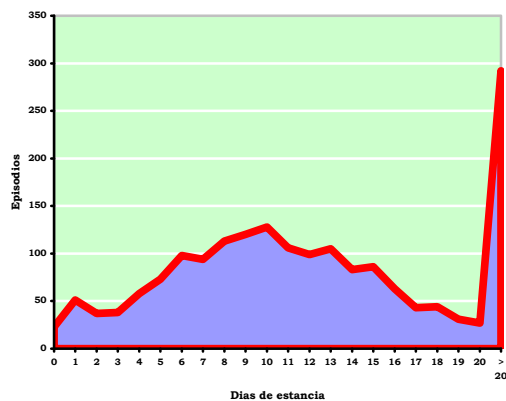
C.H. Universitario de Santiago



F.P. Hospital da Barbanza



C.H. Arquitecto Marcide



C.H. de Pontevedra

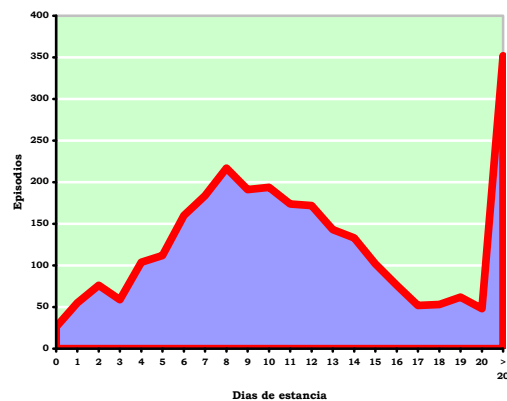
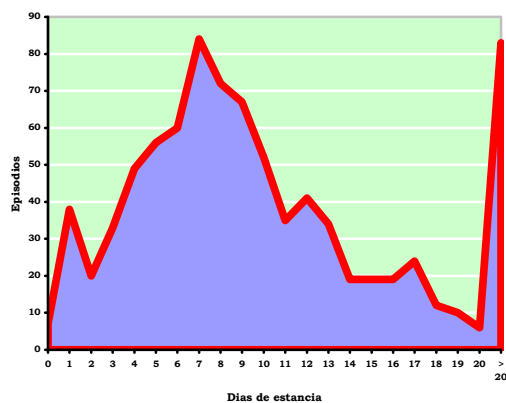
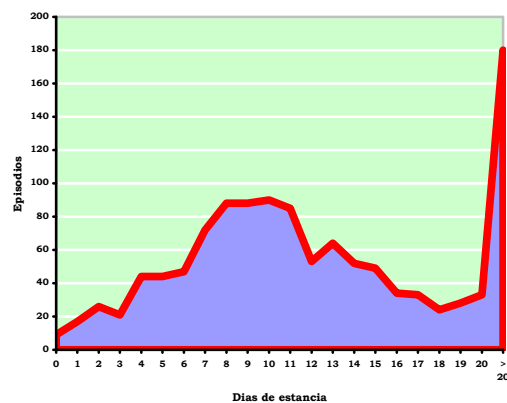


Gráfico 24. Duración de la estancia por hospital. GDR 541: Tr. respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con cc mayor. Área médica 2000 – 2004.

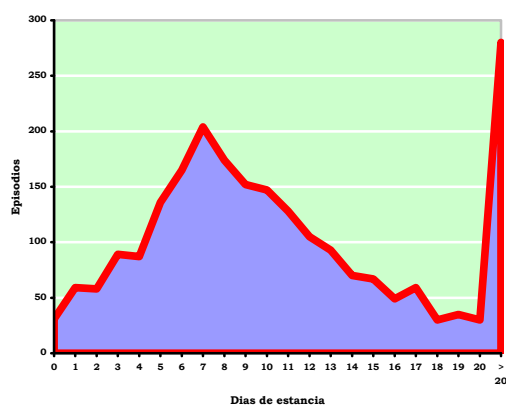
F.P. Hospital do Salnés



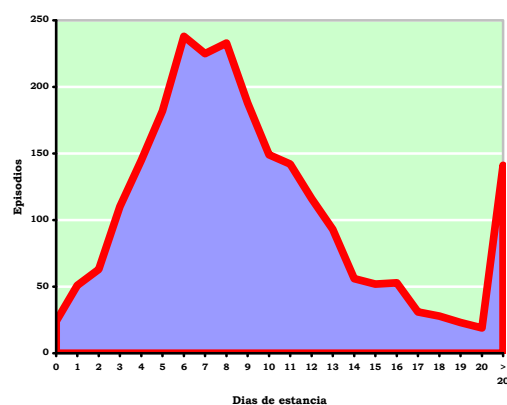
C.H. Xeral-Cies



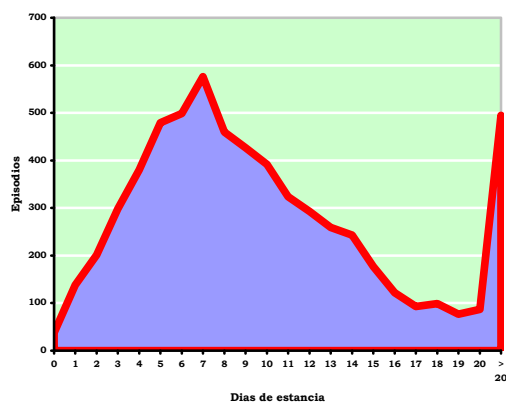
Hospital Meixoeiro



Povisa



C.H. de Ourense



Hospital Comarcal de Valdeorras

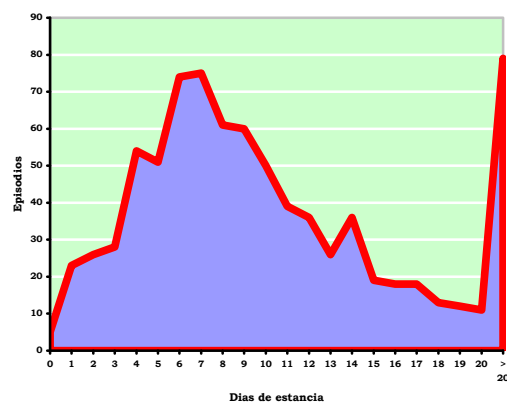
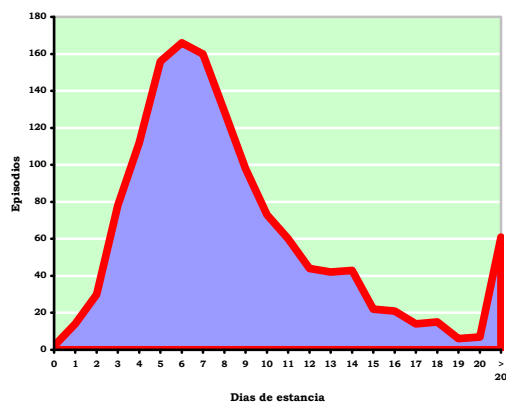
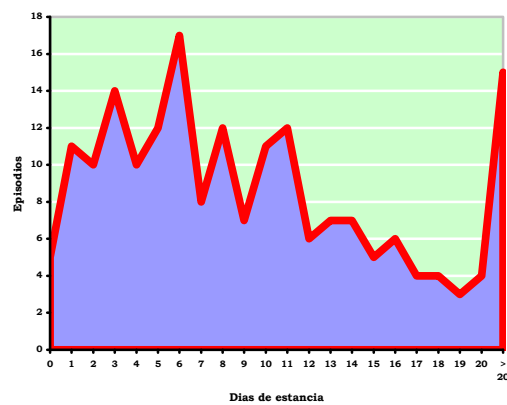


Gráfico 24. Duración de la estancia por hospital. GDR 541: Tr. respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con cc mayor. Área médica 2000 – 2004.

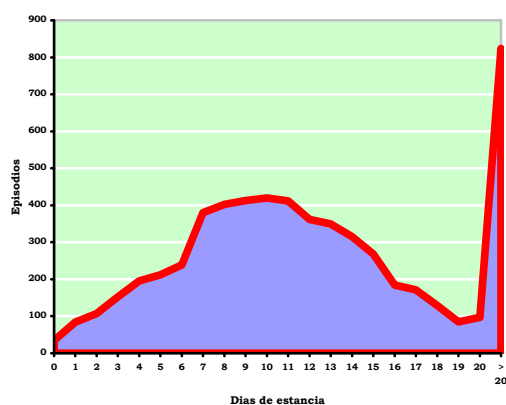
F.P. Hospital de Verín



Hospital Comarcal de Monforte



C.H. Xeral-Calde



Hospital da Costa

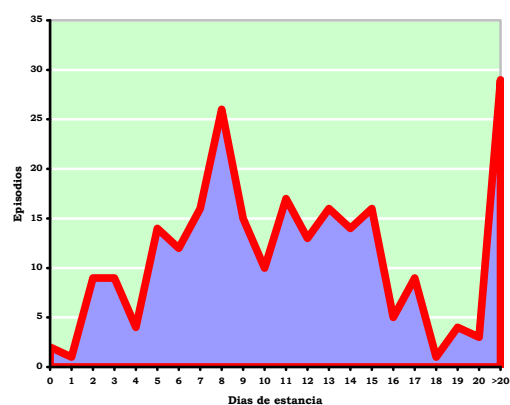
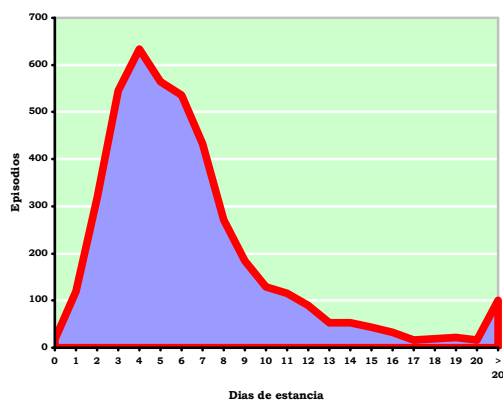
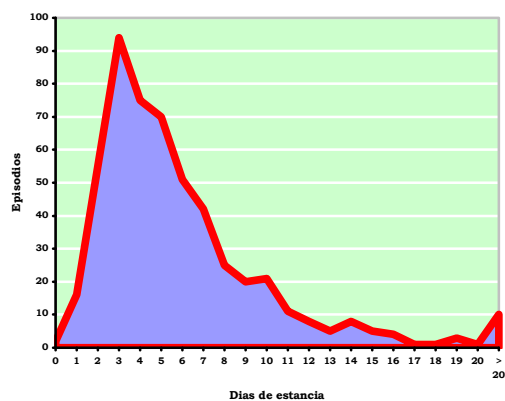


Gráfico 26. Duración de la estancia por hospital. GDR 127: Insuficiencia cardíaca y shock
Área médica 2000 – 2004.

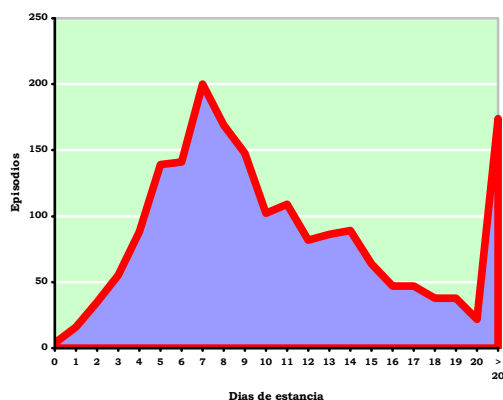
C.H. Universitario Juan Canalejo



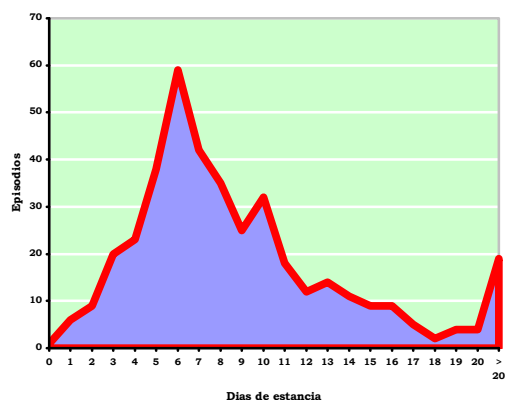
F.P. Hospital Virxe da Xunqueira



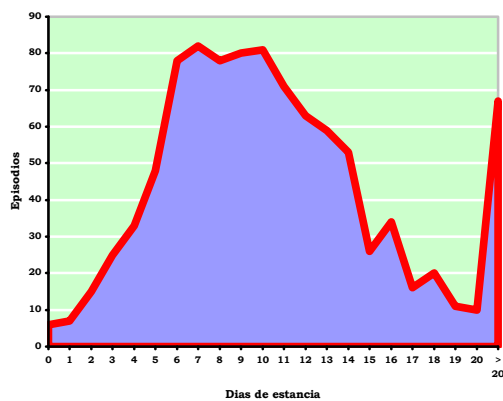
C.H. Universitario de Santiago



F.P. Hospital da Barbanza



C.H. Arquitecto Marcide



C.H. de Pontevedra

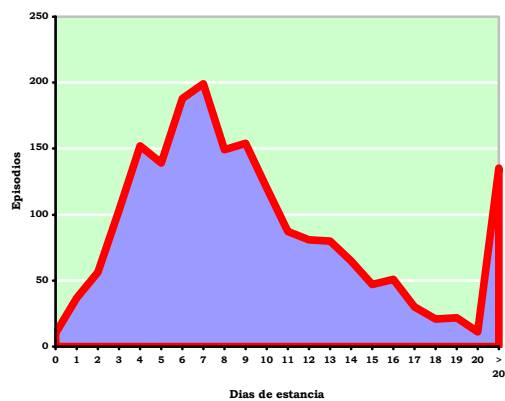
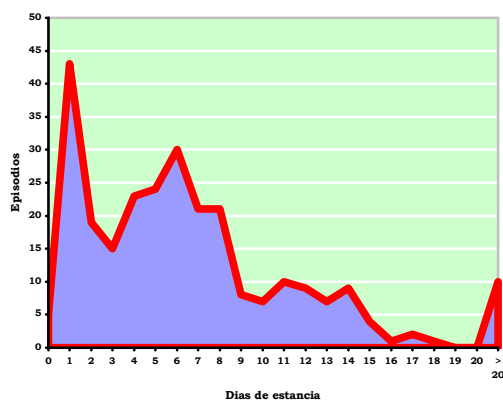
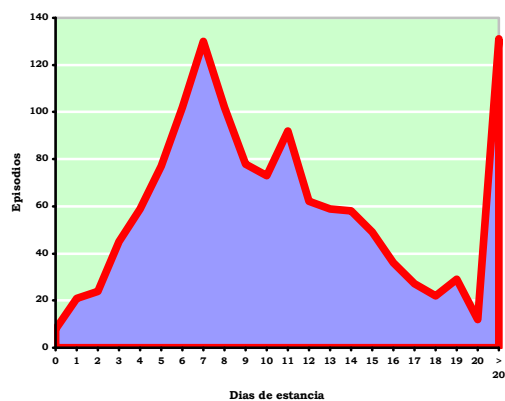


Gráfico 26. Duración de la estancia por hospital. GDR 127: Insuficiencia cardíaca y shock
Área médica 2000 – 2004.

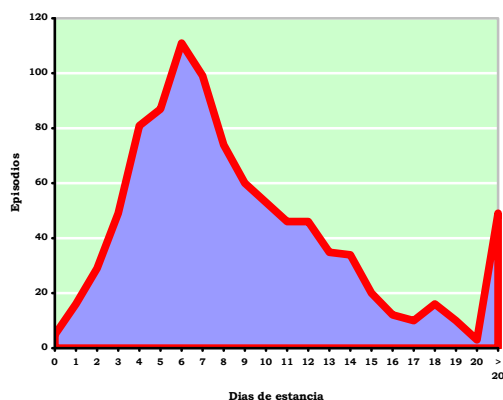
F.P. Hospital do Salnés



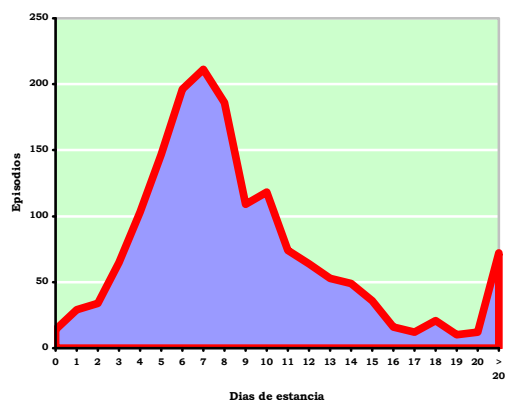
C.H. Xeral-Cies



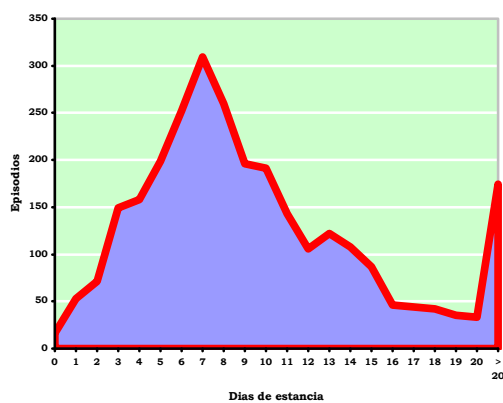
Hospital Meixoeiro



Povisa



C.H. de Ourense



Hospital Comarcal de Valdeorras

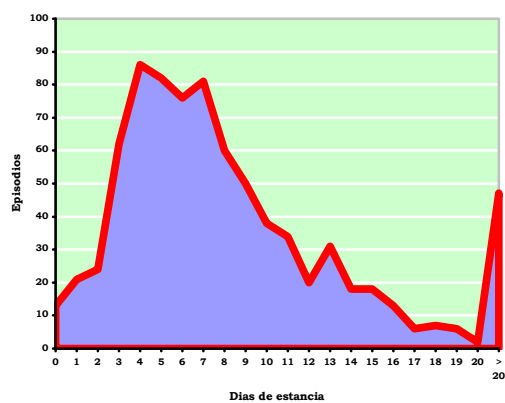
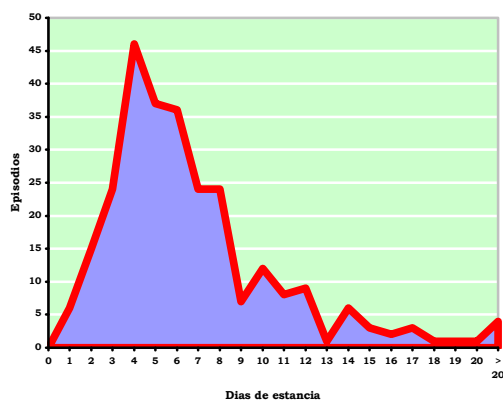
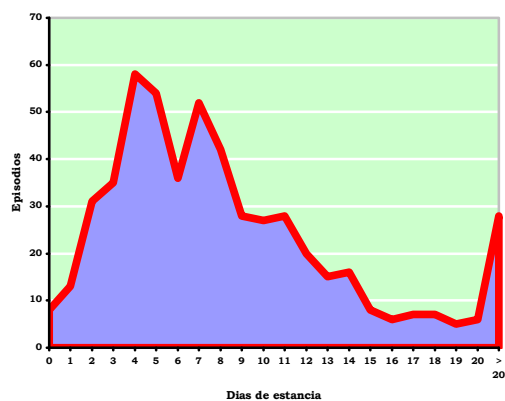


Gráfico 26. Duración de la estancia por hospital. GDR 127: Insuficiencia cardíaca y shock
Área médica 2000 – 2004.

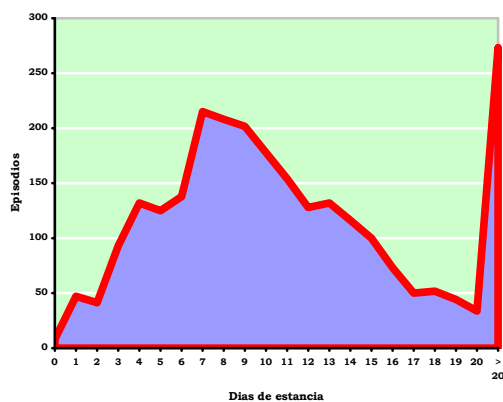
F.P. Hospital de Verín



Hospital Comarcal de Monforte



C.H. Xeral-Calde



Hospital da Costa

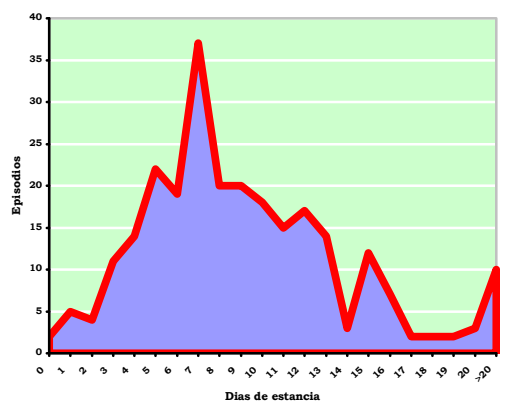
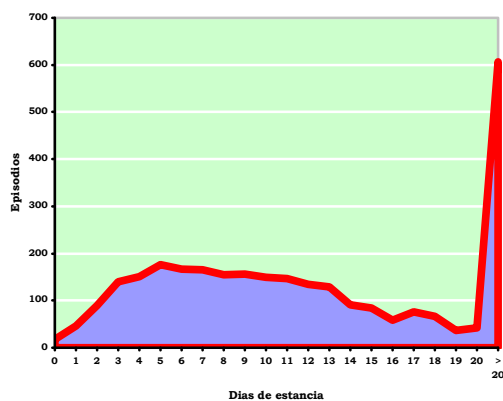
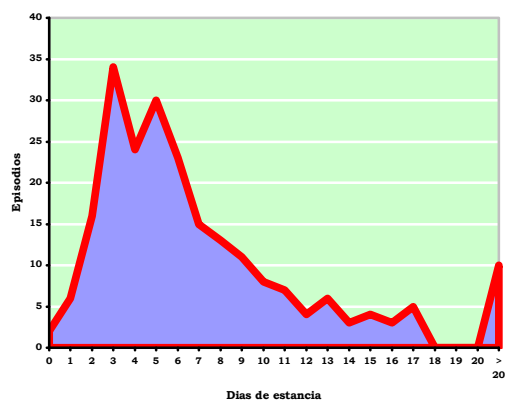


Gráfico 28. Duración de la estancia por hospital. GDR 14: Trastornos cerebrovasculares específicos excepto AIT y hemorragia intracraneal. Área médica 2000 – 2004.

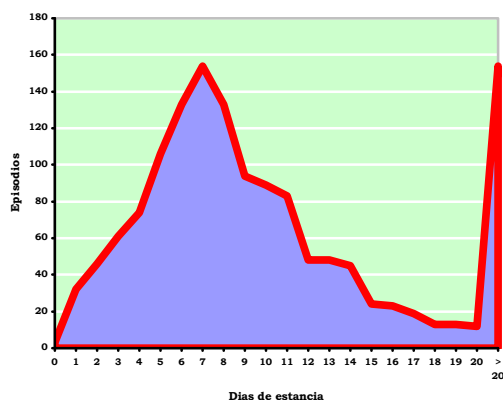
C.H. Universitario Juan Canalejo



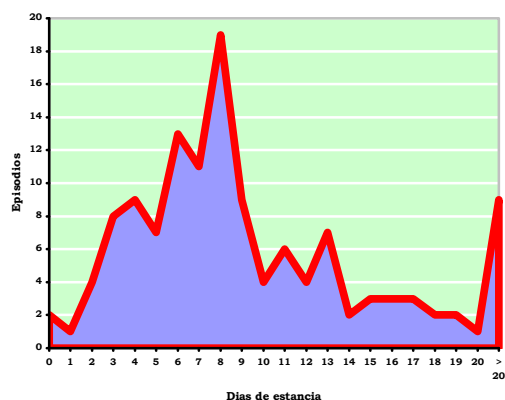
F.P. Hospital Virxe da Xunqueira



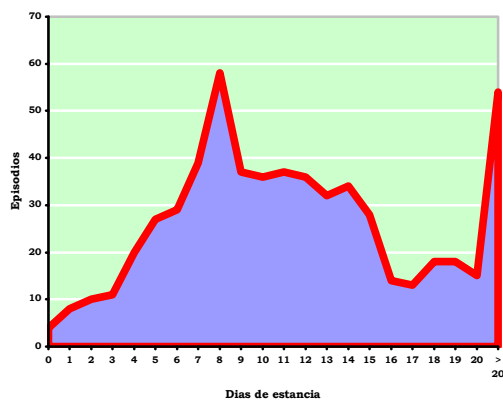
C.H. Universitario de Santiago



F.P. Hospital da Barbanza



C.H. Arquitecto Marcide



C.H. de Pontevedra

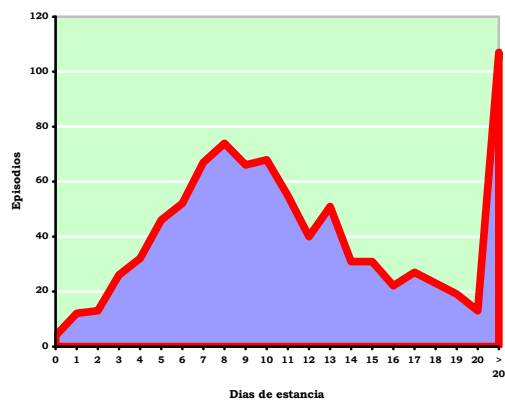
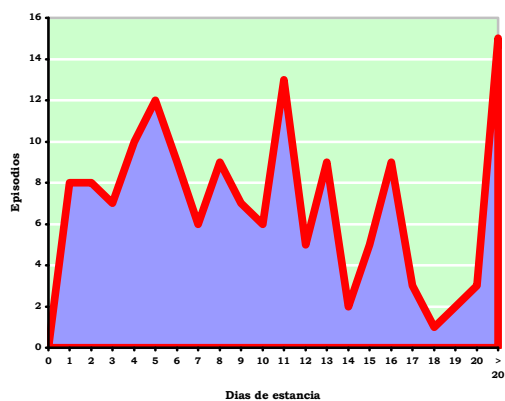
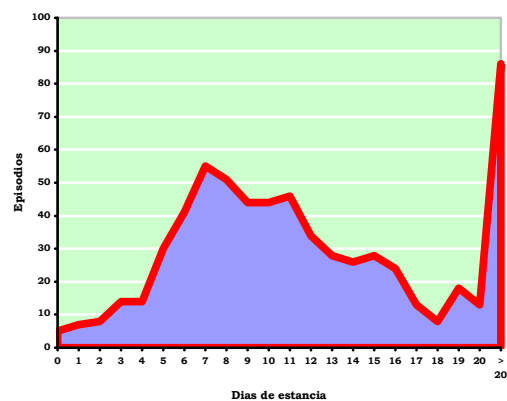


Gráfico 28. Duración de la estancia por hospital. GDR 14: Trastornos cerebrovasculares específicos excepto AIT y hemorragia intracraneal. Área médica 2000 – 2004.

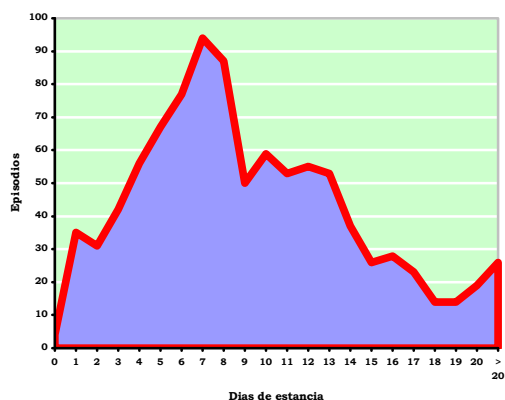
F.P. Hospital do Salnés



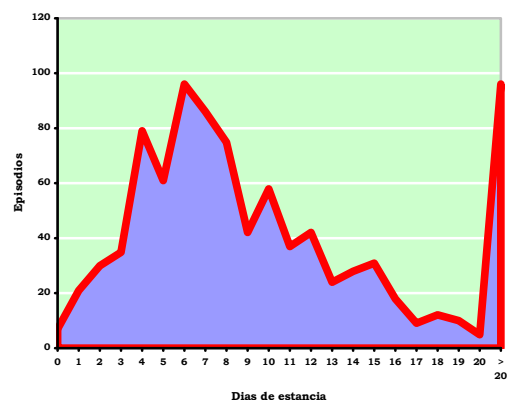
C.H. Xeral-Cies



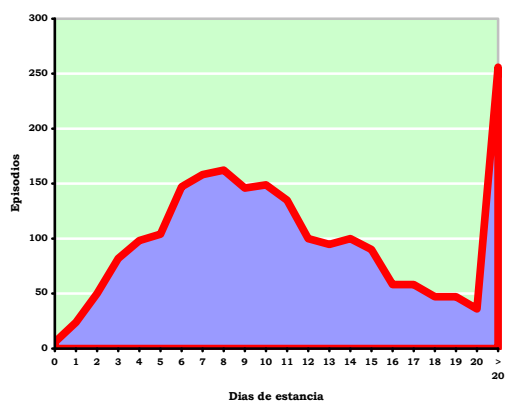
Hospital Meixoeiro



Povisa



C.H. de Ourense



Hospital Comarcal de Valdeorras

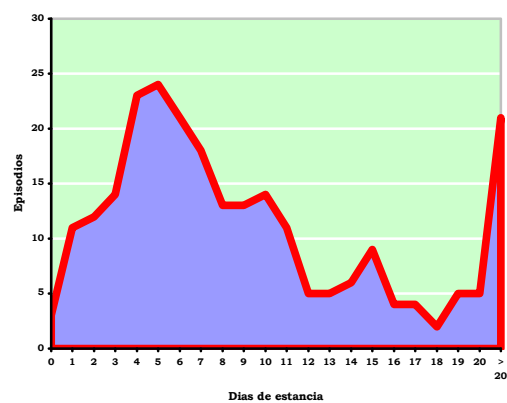
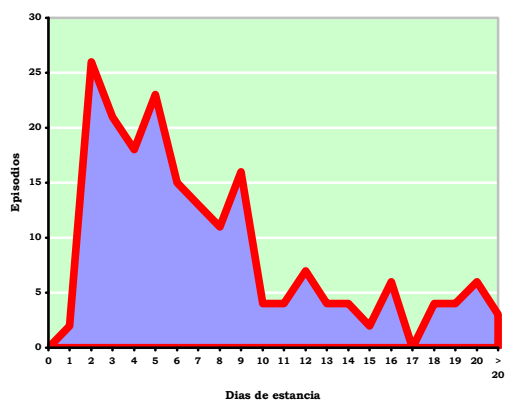
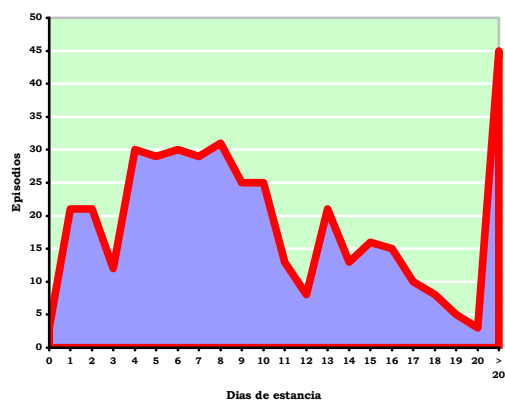


Gráfico 28. Duración de la estancia por hospital. GDR 14: Trastornos cerebrovasculares específicos excepto AIT y hemorragia intracraneal. Área médica 2000 – 2004.

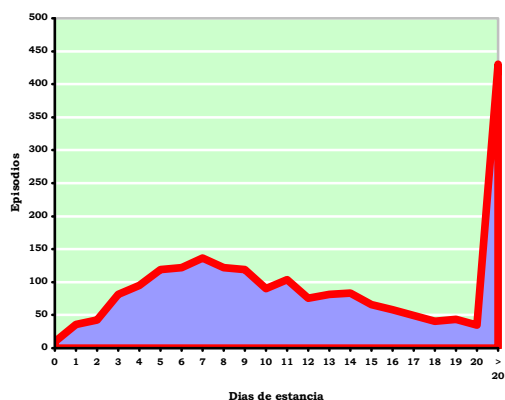
F.P. Hospital de Verín



Hospital Comarcal de Monforte



C.H. Xeral-Calde



Hospital da Costa

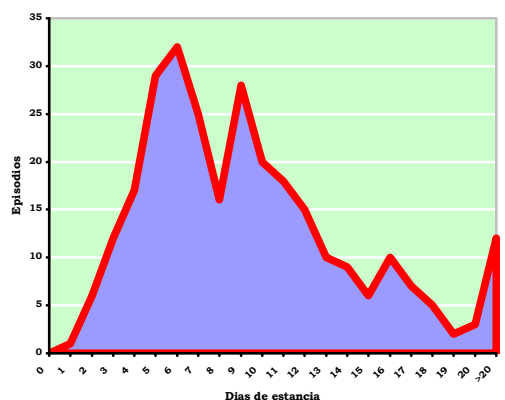
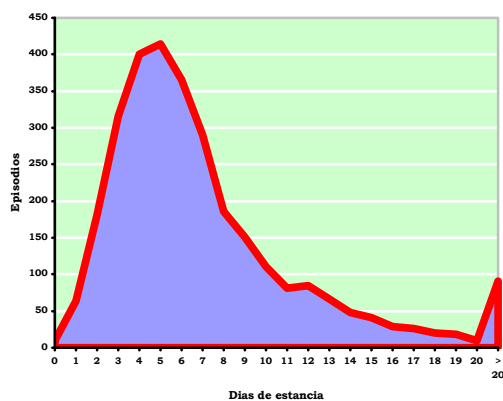
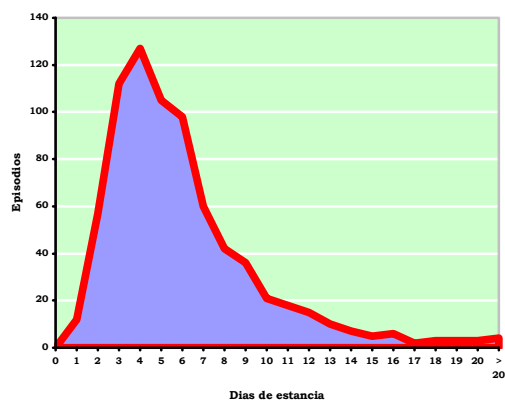


Gráfico 30. Duración de la estancia por hospital. GDR 88: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Área médica 2000 – 2004.

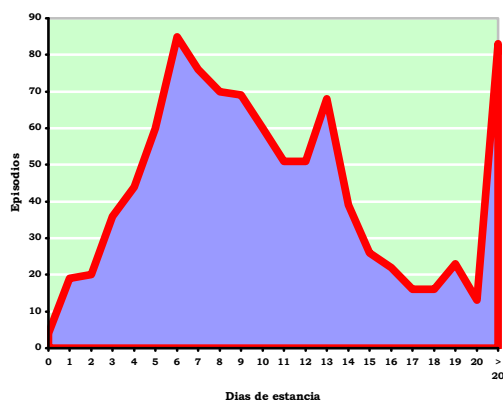
C.H. Universitario Juan Canalejo



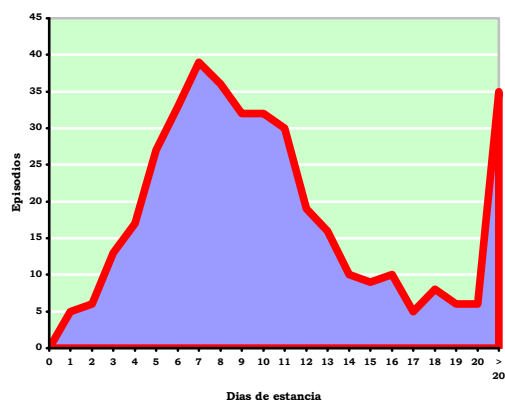
F.P. Hospital Virxe da Xunqueira



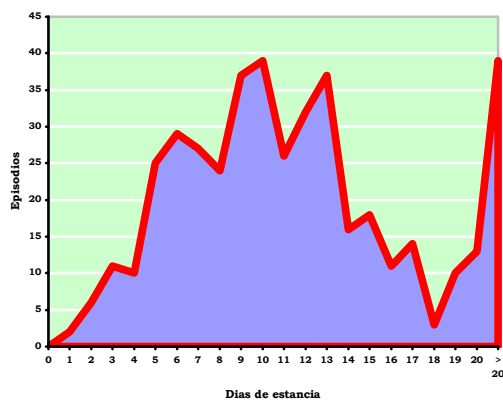
C.H. Universitario de Santiago



F.P. Hospital da Barbanza



C.H. Arquitecto Marcide



C.H. de Pontevedra

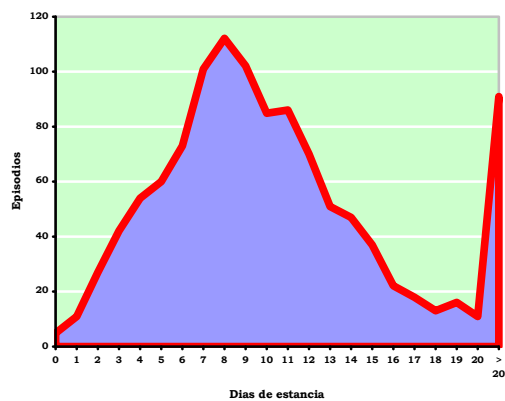
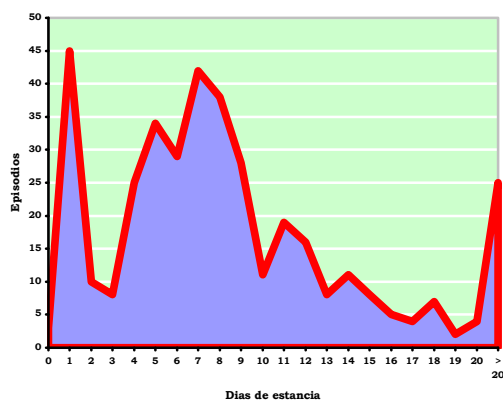
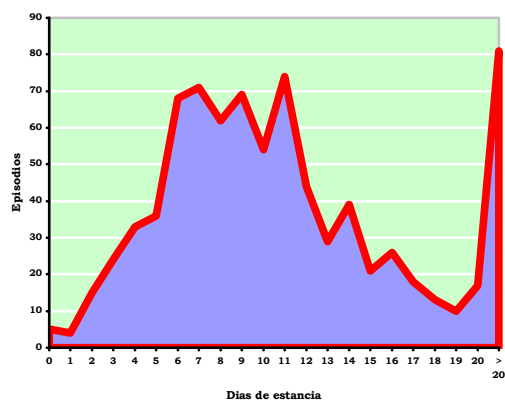


Gráfico 30. Duración de la estancia por hospital. GDR 88: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Área médica 2000 – 2004.

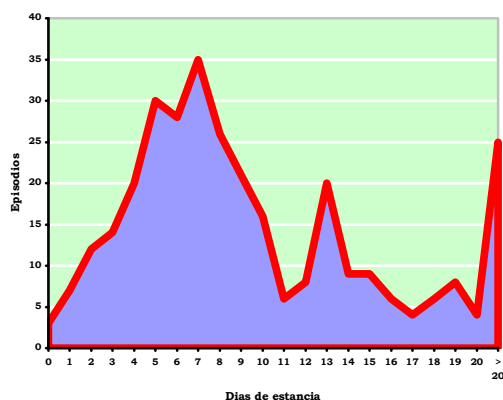
F.P. Hospital do Salnés



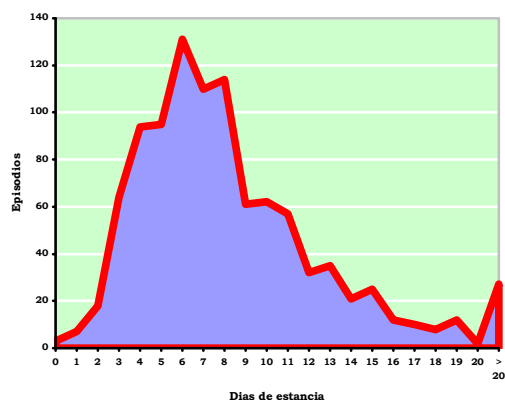
C.H. Xeral-Cies



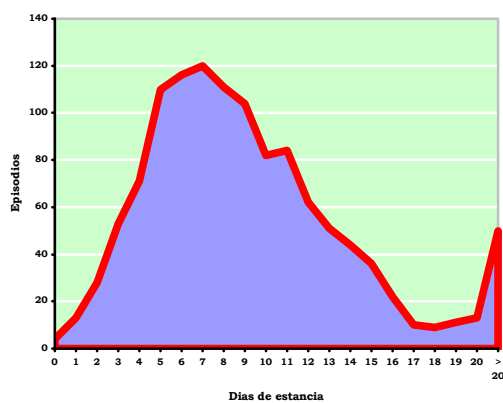
Hospital Meixoeiro



Povisa



C.H. de Ourense



Hospital Comarcal de Valdeorras

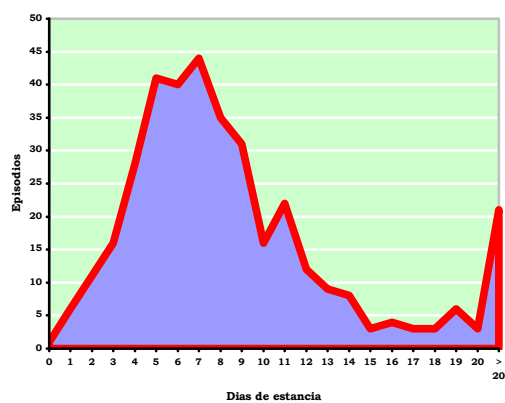
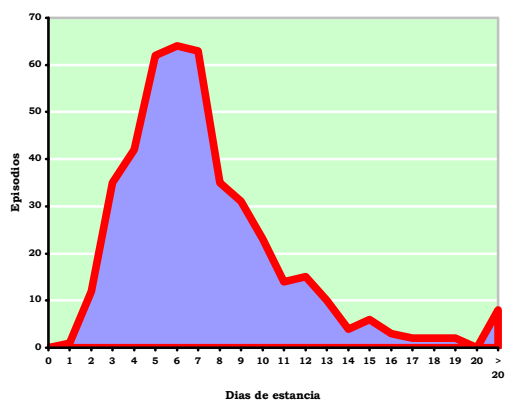
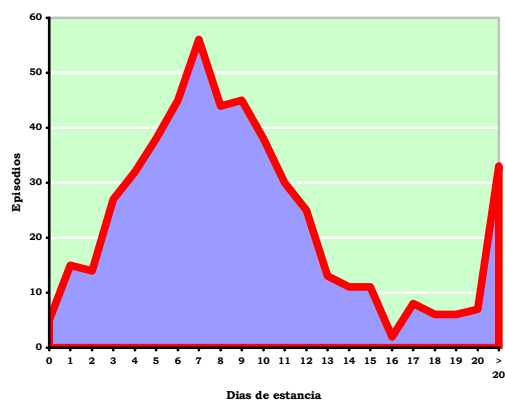


Gráfico 30. Duración de la estancia por hospital. GDR 88: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Área médica 2000 – 2004.

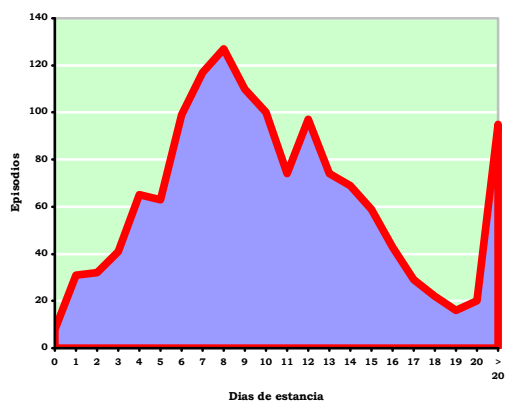
F.P. Hospital de Verín



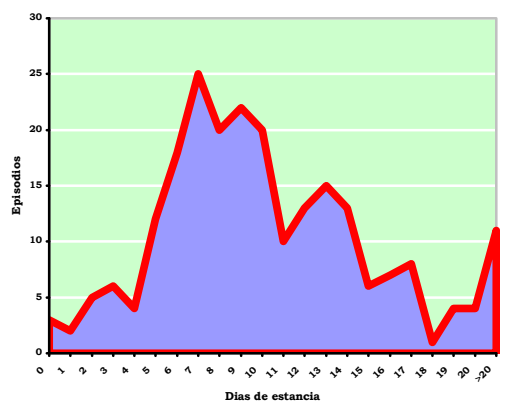
Hospital Comarcal de Monforte



C.H. Xeral-Calde



Hospital da Costa



8.4. ANEXO IV

Sector A Coruña. Cobertura sanitaria por el C.H. Universitario Juan Canalejo

ABEGONDO	CESURAS	MIÑO
ARANGA	COIROS	OLEIROS
ARTEIXO	CORISTANCO	OZA DOS RIOS
BERGONDO	CORUÑA (A)	PADERNE
BETANZOS	CULLEREDO	PONTECESO
CABANA	CURTIS	SADA
CAMBRE	IRIXOA	SOBRADO
CARBALLO	LARACHA	VILARMAIOR
CARRAL	LAXE	VILASANTAR
CERCEDA	MALPICA DE BERGANTIÑOS	

Sector Cee. Cobertura sanitaria por la F.P. Hospital Vires da Xunqueira

CAMARIÑAS
CEE
CORCUBION
DUMBRIA
FISTERRA
MUXIA
VIMIANZO
ZAS

Sector Santiago. Cobertura sanitaria por el C.H. Universitario de Santiago

AGOLADA	MAZARICOS	ROIS
AMES	MELIDE	SANTA COMBA
ARZUA	MESIA	SANTIAGO DE COMPOSTELA
BAÑA (A)	MUROS	SANTISO
BOIMORTO	NEGREIRA	SILLEDA
BOQUEIXON	NOIA	TEO
BRION	ORDES	TOQUES
CARNOTA	OROSO	TORDOIA
DODRO	OUTES	TOURO
DOZON	PADRON	TRAZO
ESTRADA A	PINO (O)	VAL DO DUBRA
FRADES	PONTECESURES	VALGA
LALIN	RIANXO	VEDRA
LOUSAME	RODEIRO	VILA DE CRUCES

Sector Barbanza. Cobertura sanitaria por la F.P. Hospital da Barbanza

BOIRO
POBRA DO CARAMIÑAL A
PORTO DO SON
RIBEIRA

Sector Ferrol. Cobertura sanitaria por el C.H. Arquitecto Marcide

ARES	MONFERO
CABANAS	MUGARDOS
CAPELA (A)	NARON
CARIÑO	NEDA
CEDEIRA	ORTIGUEIRA
CERDIDO	PONTEDEUME
FENE	PONTES DE GARCIA RODRIGUEZ AS
FERROL	SAN SADURNIÑO
MAÑON	SOMOZAS
MOECHE	VALDOVIÑO

Sector Pontevedra. Cobertura sanitaria por el C.H. de Pontevedra

BARRO	MEAÑO
BUEU	MEIS
CALDAS DE REIS	MORAÑA
CAMPO LAMEIRO	POIO
CERDEDO	PONTE-CALDELAS
COTOBADÉ	PONTEVEDRA
CUNTIS	PORTAS
FORCAREI	SANXENXO
GROVE O	SOUTOMAIOR
LAMA A	VILABOA
MARIN	

Sector Salnés. Cobertura sanitaria por la F.P. Hospital do Salnés

CAMBADOS
CATOIRA
ILLA DE AROUSA
RIBADUMIA
VILAGARCIA DE AROUSA
VILANOVA DE AROUSA

Sector Vigo-Centro. Cobertura sanitaria por el C.H. Xeral-Cies

FORNELOS
PAZOS DE BORBEN
REDONDELA
VIGO (solo una parte)

Sector Vigo-Sur. Cobertura sanitaria por el H. Meixoeiro

ARBO	OIA
CAÑIZA (A)	PONTEAREAS
COVELO (O)	PORRIÑO (O)
CRECENTE	ROSAL (O)
GUARDA (A)	SALCEDA DE CASELAS
MONDARIZ	SALVATERRA DE MIÑO
MONDARIZ-BALNEARIO	TOMIÑO
MOS	TUI
NEVES (AS)	VIGO (solo una parte)

Sector Valmiñor. Cobertura sanitaria por el Policlínico Vigo, S.A.

BAIONA
CANGAS
GONDOMAR
MOAÑA
NIGRAN
VIGO (solo una parte)

Sector Valdeorras. Cobertura sanitaria por el H. Comarcal de Valdeorras

BARCO DE VALDEORRAS (O)
BOLO (O)
CARBALLEDA
LAROUCO
MANZANEDA
PETIN
POBRA DE TRIVES A
RUA (A)
RUBIA
SAN XOAN DE RIO
VEIGA (A)
VIANA DO BOLO
VILAMARTIN DE VALDEORRAS

Sector Ourense. Cobertura sanitaria por el C.H. de Ourense

ALLARIZ	CORTEGADA	PORQUEIRA
AMOEIRO	ENTRIMO	PUNXIN
ARNOIA	ESGOS	QUINTELA DE LEIRADO
AVION	GOMESENDE	RAIRIZ DE VEIGA
BALTAR	IRIXO (O)	RAMIRAS
BANDE	LEIRO	RIBADAVIA
BARBADAS	LOBEIRA	SAN AMARO
BAÑOS DE MOLGAS	LOBIOS	SAN CIBRAO DAS VIÑAS
BEADE	MACEDA	SAN CRISTOVO DE CEA
BEARIZ	MASIDE	SANDIAS
BLANCOS (OS)	MELON	SARREAUS
BOBORAS	MERCA A	TABOADELA
BOLA A	MONTEDERRAMO	TEIXEIRA A
CALVOS DE RANDIN	MUIÑOS	TOEN
CARBALLEDA DE AVIA	NOGUEIRA DE RAMUIN	TRASMIRAS
CARBALLIÑO (O)	OURENSE	VEREA
CARTELLE	PADERNE DE ALLARIZ	VILAMARIN
CASTRELO DE MIÑO	PADRENDA	VILAR DE BARRIO
CASTRO CALDELAS	PARADA DE SIL	VILAR DE SANTOS
CELANOVA	PEREIRO DE AGUIAR	XINZO DE LIMIA
CENLLE	PEROXA A	XUNQUEIRA DE AMBIA
CHANDREXA DE QUEIXA	PIÑOR	XUNQUEIRA DE ESPADANEDO
COLES	PONTEDEVA	

Sector Verín. Cobertura sanitaria por la F.P. Hospital de Verín

CASTRELO DO VAL
CUALEDRO
GUDIÑA (A)
LAZA
MEZQUITA (A)
MONTERREI
OIMBRA
RIOS
VERIN
VILARDEVOS
VILARIÑO DE CONSO

Sector Monforte. Cobertura sanitaria por el H. Comarcal de Monforte

BOVEDA
CARBALLEDO
CHANTADA
FOLGOSO DO COUREL
MONFORTE DE LEMOS
PANTON
POBRA DE BROLLON A
QUIROGA
RIBAS DE SIL
SAVIÑO (O)
SOBER

Sector Lugo. Cobertura sanitaria por el C.H. Xeral-Calde

ABADIN	NAVIA DE SUARNA
ANTAS DE ULLA	NEGUEIRA DE MUÑIZ
BALEIRA	NOGAIS (AS)
BARALLA	OUTEIRO DE REI
BECERREA	PALAS DE REI
BEGONTE	PARADELA
CASTRO DE REI	PARAMO (O)
CASTROVERDE	PASTORIZA (A)
CERVANTES	PEDRAFITA DO CEBREIRO
CORGO (O)	POL
COSPEITO	PONTENOVA (A)
FONSAGRADA (A)	PORTOMARIN
FRIOL	RABADE
GUITIRIZ	RIBEIRA DE PIQUIN
GUNTIN	RIOTORTO
INCIO (O)	SAMOS
LANCARA	SARRIA
LUGO	TABOADA
MEIRA	TRIACASTELA
MONTERROSO	VILALBA
MURAS	XERMADE

Sector Cervo-Burela. Cobertura sanitaria por el H. da Costa

ALFOZ
BARREIROS
BURELA
CERVO
FOZ
LOURENZA
MONDOÑEDO
OUROL
RIBADEO
TRABADA
VALADOURO (O)
VICEDO (O)
VIVEIRO
XOVE

9. SIGLAS Y ABREVIATURAS

Siglas y abreviaturas

AID	Automated Interaction Detector
AIT	Accidente Isquémico Transitorio
APACHE	Acute Physiology and Chronic Health Evaluation
AP-GDR	All Patient Diagnosis Group
APR-GDR	All Patient Refinados
CC	Complicación
CDM	Categoría Diagnóstica Mayor
CHAM	Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide
CHOU	Complejo Hospitalario de Ourense
CHPO	Complejo Hospitalario de Pontevedra
CHUJC	Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo
CHUS	Complejo Hospitalario Universitario de Santiago
CHXCa	Complejo Hospitalario Xeral-Calde
CHXCi	Complejo Hospitalario Xeral-Cíes
CIE-9-MC	Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª edición. Modificación clínica
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos
CV	Coeficiente de Variación
EM	Estancia Media
EM _r	Estancia Media Real
EM _{st}	Estancia Media Estándar
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
EVA	Equivalente de Valoración Asistencial
FPHB	Fundación Pública Hospital da Barbanza
FPHS	Fundación Pública Hospital do Salnés
FPHV	Fundación Pública Hospital de Verín
FPHVX	Fundación Pública Hospital Virxe da Xunqueira
GDRs	Grupos de Diagnósticos Relacionados
HC	Hospital da Costa
HCFA	Health Care Financial Administration
HCM	Hospital Comarcal de Monforte
HCV	Hospital Comarcal de Valdeorras
HM	Hospital Meixoeiro
IAM	Infarto Agudo de Miocardio
ICC	Insuficiencia Cardíaca Congestiva
ÍND	Índice
Nº EP	Número de episodios

OMS	Organización Mundial de la Salud
PAC	Punto de Atención Continuada
PCS	Punto de Corte Superior
PM	Peso Medio
PMC	Patient Management Categories
POVISA	Policlínico Vigo, S.A.
SCP	Sistema de Clasificación de Pacientes
SERGAS	Servicio Gallego de Salud
TR.	Transtornos
UBA	Unidad Básica Asistencial
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UMA	Unidad Media Asistencial
UPA	Unidad Ponderada Asistencial
UPH	Unidad de Producción de Hospitalización
% EP	Porcentaje de episodios
% EST	Porcentaje de estancias

10. BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía

- [1] Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el desempeño de los Sistemas de Salud. World Health Report Ginebra (Suiza). 2000
- [2] Instituto Galego de Estatística. Consellería de Economía e Facenda. http://www.ige.xunta.es/ga/home_1.htm
- [3] Medina González-Redondo, R.; Pereira López, M. y López-Pardo y Pardo, E. A nosa saúde en cifras: ano 2000. Consellería de Sanidade e Servicos Sociais, Secretaría Xeral. Santiago de Compostela 2001.
- [4] López Pardo y Pardo, E.; López Rois, F.; Pereiras López, M.; Medina González-Redondo, R.; Suárez Domínguez, M. y Conde Diéguez, I. Plan de salud de Galicia 1998 – 2001: retos para el siglo XXI. Consellería de Sanidade e Servicos Sociais. Secretaría Xeral. Santiago de Compostela 1998.
- [5] López-Pardo y Pardo, E. Plan de Salud: 2002 – 2005. Consellería de Sanidade, Secretaría Xeral. Santiago de Compostela 2002.
- [6] Sackett D. Evidence-based medicine. Lancet 1995; 346:1171.
- [7] López Fernández, M.D. Medicina Basada en la Evidencia y Gestión. Revista Galega de Actualidade Sanitaria. Fundación Escola Galega de Administración Sanitaria. Volumen 3, número 1. Santiago de Compostela 2004.
- [8] Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria. Informe de evaluación de tecnologías sanitarias y guías de práctica clínica: catálogo. Instituto de Salud Carlos III. Madrid 1996.
- [9] Fuchs, VR and Garber, AM. The new techonology assessment. N Engl J Med 1990; 323: 673-677.
- [10] Granados, A.; Sampietro-Colom, L.; Conde, J.L.; Asua, J. y Vázquez-Alberino, R. The role of health technology assessment in Spain. International Journal of Technology Assessment in Health Care, 16:2 (2000) 1-28.
- [11] Grimshaw, J.; Eccles, M. and Russell, Y. Developing clinically valid practice guidelines. J Eval Clin Pract 1995; 1: 37-48.
- [12] IV Reunión Científica de la Asociación Española de Evaluación de Tecnología Sanitaria. Evaluación de las Organizaciones Sanitarias: ¿asignatura pendiente?. J Asua y J. Del Llano editores. Bilbao 2000.
- [13] Ley 3/2001, del 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes. Diario Oficial de Galicia número 111 del 8 de junio.

- [14] Ley básica 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado número 274 del 15 de noviembre.
- [15] Secretaría General Técnica. Prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2002
- [16] Hidalgo Vega, A.; Corugedo de las Cuevas, I. y Llano Señarís J. del. Economía de la salud. Editorial Pirámide. Madrid 2000.
- [17] Instituto de Salud Carlos III. Guías de fuentes de financiación internacional en materia de sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2000.
- [18] Ley 16/2003, del 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado número 128 del 29 de mayo.
- [19] Ley 7/2003, del 9 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Galicia. Diario Oficial de Galicia número 246 del 19 de diciembre.
- [20] Servicio Galego de Saúde: Memoria 1999. Subdirección General de Información Sanitaria. Servicio Galego de Saúde. Santiago de Compostela 2000.
- [21] Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud. Boletín Oficial del Estado
- [22] Decreto 148/1991, del 2 de mayo, por el que se establecen los órganos de dirección y colegiados de los hospitales de la Comunidad Autónoma de Galicia dependientes de la Consellería de Sanidade y gestionados por el Servicio Gallego de Salud y por el que se determinan sus funciones. Diario Oficial de Galicia número 91 de 14 de mayo.
- [23] Decreto 178/1994, del 16 de junio, por el que se desarrolla la estructura organizativa del Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela. Diario Oficial de Galicia.
- [24] Decreto 211/1998, del 25 de junio, por el que se crea el Complejo Hospitalario de Ourense y se establece su estructura organizativa. Diario Oficial de Galicia número 133 de 13 de julio.
- [25] Decreto 229/1998, del 24 de julio, por el que se crea el Complejo Hospitalario de Pontevedra y se establecen sus órganos de dirección y coordinación. Diario Oficial de Galicia de 7 de agosto.

- [26] Decreto 97/2001, del 22 de marzo, de regulación básica de los órganos de dirección, asesoramiento, calidad y participación de las instituciones hospitalarias del Servicio Gallego de Salud. Diario Oficial de Galicia número 93 de 15 de mayo.
- [27] Decreto 279/2002, del 18 de julio, por el que se regulan los órganos de dirección, asesoramiento, calidad y participación del Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo-Marítimo de Oza de A Coruña. Diario Oficial de Galicia número 189 de 1 de octubre.
- [28] Decreto 95/2004, del 13 de mayo, por el que se crea el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Diario Oficial de Galicia número 94 de 18 de mayo.
- [29] Instituto Nacional de la Salud. Gestión analítica: Hacia la contabilidad analítica en los hospitales. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1990.
- [30] Temes, J.L.; Diaz, J.L. y Parra, B. El coste por proceso hospitalario. Editorial Interamericana-Mc Graw-Hill. Madrid 1994.
- [31] Instituto Nacional de la Salud. Proyecto coste por proceso: hospitales Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1995.
- [32] Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresas. La contabilidad de gestión en los centros sanitarios. Documento nº 14 de la serie Principios de Contabilidad de Gestión. 2ª edición. Madrid 1999.
- [33] Prados Torres, A. Sistema de clasificación de pacientes en atención primaria. El Médico. 24 de Mayo de 1996: 46-55.
- [34] Juncosa, S.; Carrillo, E.; Bolívar, B.; Prados, A. y Gervás, J. Sistemas de clasificación en grupos iso-consumo (case mix) en atención ambulatoria. Perspectivas para nuestra atención primaria. Atención Primaria. Enero 1996; 17 (1): 102-108.
- [35] Averill RF and Goldfield NJ. Desing of a Prospective Payment Patient Classification System for Ambulatory Care. Health Care Financing Review. 1993; 13 (3): 189-197.
- [36] Franco, J.M. El data warehouse. El data mining. Gestión 2000. Barcelona 1997.
- [37] López Domínguez, O. Gestión de pacientes en el hospital: el servicio de admisión y documentación clínica. Olalla Ediciones. Madrid, 1997.

- [38] Comisión Técnica de Gestión de Archivos. Manual de Organización de Archivos y Documentación Clínica. Servicio Gallego de Salud. Xunta de Galicia. Santiago de Compostela, 1995.
- [39] Gené Badía; Martín Zurro, A. y Cano Pérez, JF. Historia clínica y sistemas de información. Cap. 16 de: Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Volumen II, 4ª ed; 1999.
- [40] Astier, P. Un mínimo básico para definir los productos de la asistencia sanitaria: el CMBD un modelo en expansión. Revista de Calidad Asistencial 2001; 16: 376-377.
- [41] Servicio Gallego de Salud. Orden del 7 de abril de 1993, por la que se regula el conjunto mínimo básico de altas hospitalarias en la Comunidad Autónoma de Galicia, Diario Oficial de Galicia número 77 de 26 de abril de 1993.
- [42] Generalitat de Catalunya. Orden de 23 de noviembre de 1990 que regula el informe clínico de alta hospitalaria y el conjunto mínimo básico de datos de Cataluña. Modificada por Orden de 14 de noviembre de 1991 y Orden de 20 de abril de 1993. Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya.
- [43] Instituto Nacional de la Salud (Insalud). Resolución de la Secretaria General del Sistema Nacional de Salud de 24 de enero de 1992 que define un modelo de hoja clínico-estadística que debe recoger para cada alta el correspondiente CMBD.
- [44] Comunidad Valenciana. Orden de 8 de octubre de 1992 de la Consejería de Sanidad y Consumo por la que se regula el CMBD para todos los hospitales públicos y privados. Diario Oficial de la Generalitat Valenciana.
- [45] País Vasco. Decreto 303/1992, de 3 de noviembre, del Departamento de Sanidad, por el que se regula el conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria y se crea el registro de altas hospitalarias de Euskadi. Boletín Oficial del País Vasco número 234 del 1 de diciembre.
- [46] Servicio Andaluz de Salud. Resolución 14/1993 de 4 de junio que regula el informe clínico de alta hospitalaria y el CMBD para todos los hospitales gestionados y administrados por el SAS. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía.
- [47] Osasunbidea. Instrucción 2/1994 del Servicio Navarro de Salud por la que todos los centros hospitalarios del Servicio Navarro quedan obligados a la elaboración de un conjunto mínimo básico de datos con base en los informes clínicos de alta de los pacientes ingresados. Boletín Oficial de Navarra.

- [48] Comunidad Autónoma de Canarias. Instrucción 10/1998 de 25 de noviembre se establece la obligatoriedad del conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria a la red hospitalaria de utilización pública o privadas concertados. Boletín Oficial de Canarias
- [49] Comunidad de Murcia. Decreto 34/1999 de la Consejería de Sanidad y Política Social por el que se crea el registro regional del conjunto mínimo básico de datos del alta hospitalaria. Boletín Oficial de la Región de Murcia.
- [50] Comunidad de Madrid. Decreto 89/1999, de 10 de junio, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales que regula el conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria y cirugía ambulatoria. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid número 145 del 22 de junio.
- [51] Rivero Cuadrado, A.; Rubio Flores, J. y López Escudero, I. Análisis y desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1999.
- [52] Andión Campos, E.; Carballeira Roca, C.; Colón Mejeras, C.; Gómez Fernández, JR.; Mateo odríguez, R. y Sixto da Silva, C. Conjunto Mínimo Básico de Datos. Hospitales de agudos del Servicio Gallego de Salud. Resultados bienio 1993-1994. Subdirección General de Información Sanitaria. Servicio Gallego de Salud. Santiago de Compostela 1995.
- [53] Blanco Ramos, MC; Carballeira Roca, C.; Díaz Crego, JM; Gómez Fernández, JR; Lesquereux Muñiz, MC; Mateo Rodríguez, R y otros. Conjunto Mínimo Básico de Datos. Hospitales de agudos del Servicio Gallego de Salud. Resultados bienio 1995-1996. Subdirección General de Información Sanitaria. Servicio Gallego de Salud. Santiago de Compostela 1997.
- [54] Sixto da Silva, C.; Blanco Ramos, M.C.; Cereijo Fernández, J.; Díaz Crego, J.M.; Carballeira Roca, C.; Lesquereux Muñiz, M.C. y otros. Conjunto Mínimo Básico de Datos. Hospitales de agudos del Servicio Gallego de Salud. Resultados bienio 1996-1997. Subdirección General de Información Sanitaria. Servicio Gallego de Salud. Santiago de Compostela 1998.
- [55] Sixto da Silva, C.; Cerqueiro Gómez, S.; Carballeira Roca, C.; Lesquereux Muñiz, M.C.; Feijoo Montenegro, A., Andión Campos, E. y otros. Conjunto Mínimo Básico de Datos. Hospitales de agudos del Servicio Gallego de Salud. Resultados bienio 1998-1999. Subdirección General de Información Sanitaria. Servicio Gallego de Salud. Santiago de Compostela 2000.
- [56] Unidad de Referencia de la Codificación Diagnóstica de Galicia. Notas Técnicas sobre la CIE-9-MC segunda edición en castellano. Servicio Gallego de Salud. Xunta de Galicia. Santiago de Compostela, 1994.

- [57] Unidad de Referencia de la Codificación Diagnóstica de Galicia. Notas Técnicas sobre la CIE-9-MC tercera edición en castellano. Servicio Gallego de Salud. Xunta de Galicia. Santiago de Compostela, 1997.
- [58] Unidad de Referencia de Codificación Diagnóstica de Galicia. Boletín de codificación diagnóstica. Número 0. Subdirección Xeral de Información Sanitaria. Servicio Galego de Saúde. Consellería de Sanidade e Servicios Sociais. Santiago de Compostela 1995.
- [59] Unidad de Referencia de Codificación Diagnóstica de Galicia. Boletín de codificación diagnóstica. Número 1. Subdirección Xeral de Información Sanitaria. Servicio Galego de Saúde. Consellería de Sanidade e Servicios Sociais. Santiago de Compostela 1996.
- [60] Aboal Viñas, J.; Castro Villares, M.; Fálagan Mota, J.A.; García de la Infanta, R.; Otero Varela, J.; Rodríguez Martínez, G. y Sixta da Silva, Carmen. Boletín de codificación diagnóstica. Número 2. Unidad de Referencia de Codificación Diagnóstica de Galicia. Subdirección Xeral de Información Sanitaria. Servicio Galego de Saúde. Consellería de Sanidade e Servicios Sociais. Santiago de Compostela 1997.
- [61] Aboal Viñas, J.; Castro Villares, M.; Fálagan Mota, J.A.; García de la Infanta, R.; Gómez Fernández, J.R.; Molina Coll, P. y otros. Boletín de codificación diagnóstica. Número 3. Unidad de Referencia de Codificación Diagnóstica de Galicia. Subdirección Xeral de Información Sanitaria. Servicio Galego de Saúde. Consellería de Sanidade e Servicios Sociais. Santiago de Compostela 1997.
- [62] Aboal Viñas, J.; Blanco Ramos, M.C.; Castro Villares, M.; Fálagan Mota, J.A.; García de la Infanta, R.; Lloria Bernacer, M. y otros. Boletín de codificación diagnóstica. Número 4. Unidad de Referencia de Codificación Diagnóstica de Galicia. Subdirección Xeral de Información Sanitaria. Servicio Galego de Saúde. Consellería de Sanidade e Servicios Sociais. Santiago de Compostela 1998.
- [63] Aboal Viñas, J.; Blanco Ramos, M.C.; Castro Villares, M.; Fálagan Mota, J.A.; García de la Infanta, R.; Lloria Bernacer, M. y otros. Boletín de codificación diagnóstica. Número 5. Unidad de Referencia de Codificación Diagnóstica de Galicia. Subdirección Xeral de Información Sanitaria. Servicio Galego de Saúde. Consellería de Sanidade e Servicios Sociais. Santiago de Compostela 1999.
- [64] Aboal Viñas, J.; Blanco Ramos, M.C.; Castro Villares, M.; Fálagan Mota, J.A.; García de la Infanta, R.; Lloria Bernacer, M. y otros. Boletín de codificación diagnóstica. Número 6. Unidad de Referencia de Codificación Diag-

- nóstica de Galicia. Subdirección Xeral de Información Sanitaria. Servicio Galego de Saúde. Consellería de Sanidade e Servicos Sociais. Santiago de Compostela 2000.
- [65] Aboal Viñas, J.; Carballeira Roca, C.; Castro Villares, M.; Fálagan Mota, J.A.; García de la Infanta, R.; González-Carreró López, A. y otros. Boletín de codificación diagnóstica. Número 7. Unidad de Referencia de Codificación Diagnóstica de Galicia. Subdirección Xeral de Información Sanitaria. Servicio Galego de Saúde. Consellería de Sanidade e Servicos Sociais. Santiago de Compostela 2001.
- [66] Aboal Viñas, J.; Carballeira Roca, C.; Castro Villares, M.; Fálagan Mota, J.A.; García de la Infanta, R.; González-Carreró López, A. y otros. Boletín de codificación diagnóstica. Número 8. Unidad de Referencia de Codificación Diagnóstica de Galicia. Subdirección Xeral de Información Sanitaria. Servicio Galego de Saúde. Consellería de Sanidade. Santiago de Compostela 2002.
- [67] Unidad de Referencia de Codificación Diagnóstica de Galicia. Boletín de codificación diagnóstica. Número 9. Subdirección Xeral de Información Sanitaria. Servicio Galego de Saúde. Consellería de Sanidade. Santiago de Compostela 2003.
- [68] Unidad de Referencia de Codificación Diagnóstica de Galicia. Boletín de codificación diagnóstica da Comunidade Autónoma de Galicia. Número 10. Subdirección Xeral de Información Sanitaria. Servicio Galego de Saúde. Consellería de Sanidade. Santiago de Compostela 2004.
- [69] Hornbrook, MC. Hospital Case Mix: its Definition, Measurement and Use. Part I: The Conceptual Framework. *Med Care Rev.* 1982; 39: 1-41.
- [70] Hornbrook, MC. Hospital Case Mix: its Definition, Measurement and Use. Part II: Review of Alternative Measures.. *Med Care Rev.* 1982; 39: 73-123.
- [71] CPHA. List A: Hospital Diagnosis Groups. List B: Hospital Operation Groups. Ann Arbor: Comission on Professional and Hospital activities, 1978.
- [72] Gonella, JS; Hornbrook, MC and Louis, DZ. Staging of Disease: a Case Mix measurement. *JAMA* 1984; 251: 637-644.
- [73] Knaus, WA; Zimmerman, J and Wagner, DP. Apache. Acute Physiology and Chronic Health Evaluation: A Physiologically Based Classification System. *Crit Care Med* 1981; 9: 8.
- [74] Horn, S.; Sharkey, PD and Bertram, DA. Measuring Severity of Illness:

- Homogeneous Case Mix Groups. *Med Care* 1983; 21: 14-30.
- [75] Roveti, G. As-Score. An Inpatient Index of Illness Severity. Maryland: Church Hospital, 1980.
- [76] Young, W.; Swinkola, R. and Zorn, D. The measuring of Hospital Case Mix. *Med Care* 1982; 20: 501-512.
- [77] Gómez Fernández, J.R. y Sixto da Silva, C. Análisis del comportamiento de los GDR en Galicia. Subdirección Xeral de Información Snitaria. Servicio Galego de Saúde. Santiago de Compostela 1997.
- [78] Subdirección General de Asistencia Sanitaria y Subdirección General de Desarrollo. CMBD Insalud 1999. Análisis de los GDRs. Instituto Nacional de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1999.
- [79] Averill, R.F.; Steinbeck, BA; Mullin, RL and Goldfield, N. All Patient Diagnosis Groups (AP-DRGs), versión 18.0 Definitions manual. 3M Health Information Systems and the New York State Department of Health. Connecticut. 2000
- [80] Dhew. AUTOGRP patient classification scheme and Diagnosis Related Groups (DRGs). DWEW Pub (HCFA) 03011 9-79, HCF grants and contracts report series, 1978.
- [81] Fetter, RB; Youngsoo, S.; Freeman, JL; Averill, RF and Thompson JD. Case Mix Definition by Diagnosis-Related Groups. *Med Care* 1980; 18 (sup): 1-53.
- [82] Sconquist, JA and Morgan, JN. The detection of interaction effects. Ann Arbor: Univ Michigan, Institute for Social Research, 1964.
- [83] Mills, RE; Fetter, RB; Riedel, DC and Averill, RF. AUTOGRP: an interactive computer system for the analysis of health care data. *Med Care* 1976; 14: 603.
- [84] Luke, RD. Dimensions in Hospital Case Mix Measurement. *Inquiry* 1972; 9: 69.
- [85] Lave, JR and Leinhardt, S. The Cost and Length of a Hospital Stay. *Inquiry* 1976; 13: 327.
- [86] Averill, R.F. The evolution of casemix measurement using Diagnosis Related Groups (DRGs). Working Paper 1997. Financiado por 3M Health Information System y National Association of Children's Hospitals de Estados Unidos.

- [87] Mateo Rodríguez, R.; Gómez Fernández, J.R. y Carballeira Roca, C. Sistemas de información da rede de hospitais do Servicio Galego de Saúde. Área Asistencial. Subdirección Xeral de Información Sanitaria. Servicio Galego de Saúde. Santiago de Compostela 1993.
- [88] Artal, R. y Rofes, S. Procediment i bases actuals per a la concertació de centres per atendre malalts agust a Catalunya. Salut Catalunya 1987; 1: 35-37.
- [89] Bestard Perelló, J.J.; Sevilla Pérez, F.; Corella Monzón, M.I. y Elola Somoza, J. La unidad ponderada asistencial (UPA): nueva herramienta para la presupuestación hospitalaria. Gaceta Sanitaria 1993; 7: 263-273.
- [90] Servicio de Análisis de Actividad Asistencial. Unidad Media Asistencial (UMA). Subsecretaría General de la Consellería de Sanidad. Valencia 1996.
- [91] Dirección General de Asistencia Sanitaria. Equivalente de Valoración Asistencial (EVA). Servicio Andaluz de Salud (SAS). Sevilla 1996.
- [92] Blanco Ramos, MC; Carballeira Roca, C.; Díaz Crego, JM; Gómez Fernández, JR; Lesquereux Muñiz, MC; Mateo Rodríguez, R. y otros. Manual de definición de datos: protocolo mensual de actividad asistencial. Aplicación SISINFO. Subdirección Xeral de Información Sanitaria. Servicio Galego de Saúde. Santiago de Compostela 1997.
- [93] Casas, M. Los grupos relacionados de diagnóstico: experiencia y perspectivas de utilización. Barcelona: Masson y SG Editores, 1991.
- [94] Martínez-Mas, E.; Peiró, S.; Meneu, R.; Roselló-Pérez, ML and Portella, E. How many days of hospitalization for an appendectomy? Int J Quality Health Care 1994; 6: 347-352.
- [95] López Rois, F.J.; Mateo Rodríguez, R.; Gómez Fernández, J.R.; Ramón Díez, C. y Pereira López, M. Criterios metodológicos para la elaboración de un contrato-programa o concierto singular sectorizado de atención especializada a partir de las UPH. Experiencia en Galicia. Secretaria Xeral do SERGAS. Consellería de Sanidade e Asuntos Sociais. Santiago 1998.
- [96] Ministerio de Sanidad y Consumo. Clasificación Internacional de Enfermedades- 9ª revisión- modificación clínica. 3ª edición en castellano. Volúmenes 1, 2 y 3. Madrid 1996.
- [97] Ministerio de Sanidad y Consumo. Clasificación Internacional de Enfermedades- 9ª revisión- modificación clínica. 4ª edición en castellano. Volúmenes 1, 2 y 3.. Madrid 2000.

- [98] Sixto da Silva, C.; González-Carreró López. A.; Carballeira Roca, C.; Andión Campos, E. y Varela Román, M.L. Conjunto Mínimo Básico de Datos. Hospitales de agudos del Servicio Gallego de Salud. Resultados bienio 1999-2000. Subdirección General de Información Sanitaria. Servicio Gallego de Salud. Santiago de Compostela 2001.
- [99] Sixto da Silva, C.; Carballeira Roca, C.; Fernández Nogueira, E.; González Álvarez, E.; Andión Campos, E. y Varela Román, M.L. Conjunto Mínimo Básico de Datos. Hospitales de agudos del Servicio Gallego de Salud. Resultados bienio 2000-2001. Subdirección General de Información Sanitaria. Servicio Gallego de Salud. Santiago de Compostela 2002.
- [100] Subdirección General de Información Sanitaria. Conjunto Mínimo Básico de Datos. Hospitales de agudos del Servicio Gallego de Salud. Resultados bienio 2001-2002. Servicio Gallego de Salud. Santiago de Compostela 2003.
- [101] Subdirección General de Información Sanitaria. Conjunto Mínimo Básico de Datos. Hospitales de agudos del Servicio Gallego de Salud. Resultados bienio 2002-2003. Servicio Gallego de Salud. Santiago de Compostela 2004.
- [102] García Castro, J. y Gil Bermúdez, B. Aplicación informática do CMBD. Versión 1.0. Centro de Soporte Técnico. Servicio Informática Área Asistencial. Secretaría Xeral. Servicio Galego de Saúde. Consellería de Sanidade e Servizos Sociais. Santiago de Compostela 1995.
- [103] Librero, J.; Peiró, S. y Ordiñana, S. Análisis automatizado de la calidad del conjunto mínimo de datos básicos. Implicaciones para los sistemas de ajuste de riesgos. Gac Sanit 1998; 12: 9-21.
- [104] Sistema Nacional de Salud. Año 1997. Explotación de Bases del CMBD. Estadísticos de referencia estatal de los sistemas de agrupación de registros de pacientes (G.D.R.). Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1ª edición, 1998.
- [105] Sistema Nacional de Salud. Año 1998. Explotación de Bases del CMBD. Estadísticos de referencia estatal de los sistemas de agrupación de registros de pacientes (G.D.R.). Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1ª edición, 1999.
- [106] Sistema Nacional de Salud. Año 1999. Explotación de Bases del CMBD. Estadísticos de referencia estatal de los sistemas de agrupación de registros de pacientes (G.D.R.). Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1ª edición, 2000.

- [107] Sistema Nacional de Salud. Año 2000. Explotación de Bases del CMBD. Estadísticos de referencia estatal de los sistemas de agrupación de registros de pacientes (G.D.R.). Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1ª edición, 2001
- [108] Sistema Nacional de Salud. Año 2001. Explotación de Bases del CMBD. Estadísticos de referencia estatal de los sistemas de agrupación de registros de pacientes (G.D.R.). Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1ª edición, 2002.
- [109] Subdirección General de Atención Especializada. Gestión analítica hospitalaria (Proyecto Signo). Instituto Nacional de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1995.
- [110] Subdirección General de Atención Especializada. Resultados de la gestión analítica en los hospitales del Insalud. GECLIF 2000. Instituto Nacional de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2001.
- [111] Subdirección General de Atención Especializada. GECLIF: gestión clínico-financiera y coste por proceso. Instituto Nacional de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2001.
- [112] Complejo Hospitalario Juan Canalejo. Taller de traballo sobre xestión analítica en hospitais do Sergas. Primeira aproximación ao custo por servizo en hospitais do Sergas. Servicio Galego de Saúde. Santiago de Compostela 1993.
- [113] Molina Coll, P. y Grandal Amor J. Gestión analítica: método de distribución de los costes hospitalarios. Fundación Profesor Novoa Santos. Ferrol 1994.
- [114] Molina Coll, P. y Grandal Amor J. Gestión analítica: método de distribución de los costes hospitalarios. Suplemento. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos. Ferrol 1994.
- [115] División de Asistencia Sanitaria. Información a los usuarios sobre el coste de hospitalización en el Sergas. Consellería de Sanidade e Servizos Sociais. Servicio Galego de Saúde. Santiago de Compostela 1999.
- [116] García Ortega, C.; Almenara Barrios, J.; González Caballero, J.L. y Peralta Saénz, J.L. Morbilidad hospitalaria aguda de las personas mayores de Andalucía. An. Med. Interna (Madrid) 2005; 22 (1): 4-8.
- [117] Peiró, S. y Librero, J. Evaluación de calidad a partir del conjunto mínimo de datos básicos al alta hospitalaria. Revista de Neurología 1999; 29 (7):

651-661.

- [118] Rutstein D.D.; Berenberg W., Chalmers T. C., Child C. G., Fishman A. P., Perrin E. B. Measuring the quality of care: a clinical method. *N Engl J Med* 1976; 294: 582-588.
- [119] Ramos Rincón, J.M.; García Ruipérez, D.; Aliaga Matas, F.; Lozano Cutillas, M.C.; Lanos Larnos, R. y Herrero Huerta, F. Tasas específicas de mortalidad por GDR y diagnóstico principal según la CIE-9-MC en un hospital de segundo nivel. *An. Med. Interna (Madrid)* 2001; 18 (10): 14-24.
- [120] Sanclemente, C.; Moleiro, M.A.; Alonso, F.; Pañella, D.; Carrera, R.; Toribio, R. y otros. Mortalidad hospitalaria en un servicio de medicina interna. *An. Med. Interna (Madrid)* 2004; 21 (7): 9-13.
- [121] Marión Buen, J.; Peiró, S.; Márquez Calderón, S.; Meneu de Guillerna, R. Variaciones en la práctica médica: importancia, causas e implicaciones. *Med Clin (Barc)* 1998; 110 (10): 382-390.
- [122] Billings, J. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York city. *Health Aff* 1993; 12: 162-163.
- [123] Horn S.D.. The relationship between severity of illness and hospital length of stay and mortality. *Med Care* 1991; 29: 305-317.
- [124] Yergan, J. Relationship between patient source of payment and the intensity of hospital services. *Med Care* 1988; 26: 1.111-1.114.
- [125] Hemenway, D.; Pillen, A.; Cashman, S.B.; Parks, C.L. and Bicknell W.J.. Physicians responses to financial incentives. Evidences from a for profit ambulatory care center. *N Eng J Med* 1990; 322: 1.059-1.063.
- [126] Sackett, DL; Rosenberg, W.; Muir Gray, JA; Brian Haynes, R. and Richardson, WS. Evidence based medicine: what it is and what is isn't?. *Br Med J* 1996; 312: 71-72
- [127] Ellis, J.; Mulligan, I.; Rowe, J. And Sackett, DL. Inpatient general medicine is evidence based. *Lancet* 1995; 346: 407-410.
- [128] Peiró, S.; Meneu, R.; Marqués Espí, J.A.; Librero, J. y Ordiñana, R. La variabilidad en la práctica médica: relevancia, estrategias de abordaje y política sanitaria. *Papeles de Economía Española*, nº 76. 1998.
- [129] Fisher ES. and Wennberg, JE. Health care quality, geographic variations, and the challenge of supply-sensitive care. *Persp Biol Med.* 2003; 46: 69-79.

- [130] Verdaguer Munujos, A.; Peiró, S. y Librero, J. Variabilidad en la utilización de recursos hospitalarios en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Arch Bronconeumol 2003; 39 (10): 442 - 448.
- [131] Grupo de Trabajo de Insuficiencia Cardíaca de la Sociedad Española de Medicina Interna. La insuficiencia cardíaca en los servicios de medicina interna (estudio SEMI-IC). Med Clin 2002; 118: 605 - 610.
- [132] Rodríguez-Artalejo, F.; Guallar-Castillón, P.; Banegas Banegas, J.R. y Rey Calero, J. Variación geográfica en las hospitalizaciones y en la mortalidad por insuficiencia cardíaca congestiva en España, 1980 - 1993. Rev Esp Cardiol 2000; 53: 776 - 782.
- [133] Vila Alonso, M.T.; Doce García, M.J.; Pita Fernández, S. y Viana Zulaica, C. Estudio de los casos de insuficiencia cardíaca que han requerido ingreso hospitalario. Atención Primaria 2000; 25 (2): 36 - 43
- [134] Alonso Martínez, J.L.; Lorrente Díez, B.; Echegaray Agara, M.; Urbieto Echezarreta, M.A. y González Arencibia, C. Reingreso hospitalario en Medicina Interna. An Med Interna 2001; 18 (5): 28 - 34.
- [135] Martínez Marco, E.A. y Aranaz Andrés, J. ¿Existe relación entre el reingreso hospitalario y la calidad asistencial?. Revista de Calidad Asistencial 2002; 17 (2): 79 - 86.
- [136] Jiménez Puente, A.; Fernández Guerra, J.; Hidalgo Rojas, L.; Domingo González, S.; Lara Blanquer, A. y García Alegría, J. Calidad de la asistencia hospitalaria y riesgo de reingreso precoz en la exacerbación aguda de EPOC. An Med Interna 2003; 20 (7): 8 - 18.
- [137] Ashton, CM; Kuykendall, DH and Jonson, ML. The association between the quality of inpatient care and early readmission. Ann Intern Med 1995; 108: 4 - 8.
- [138] Osman, JW; Godden, DJ; Friend, JA; Legge, JS and Douglas, JG. Quality of life and hospital readmission in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Thorax 1997; 52: 67 - 71.
- [139] Thomas, JW and Holloway, JJ. Investigating early readmission as an indicator for quality of care studies. Med Care 1991; 29: 377 - 394.
- [140] OECD Health Data, 2003.
- [141] Bohigas, Lluís. El gasto sanitario en España en comparación con la Unión Europea. Papeles de Economía Española, nº 75. 1998.

- [142] OECD Health Data, 1999.
- [143] Cots, F. y Castells, X. Cómo pagamos a nuestros hospitales. La referencia de Cataluña y el contrapunto de Andalucía. Gac Sanit 2001; 15 (2): 172-181.
- [144] Lopez-Campos Bodineau, JL; Fernández Guerra, J.; Lara Blanquer, A.; Perea-Milla López, E.; Moreno, L.; Cebrian Gallardo, JJ y otros. Análisis de los ingresos por enfermedad pulmonar obstructiva crónica en Andalucía, año 2000. Arch Bronconeumol 2002; 38: 473 - 478.
- [145] Masa, JF.; Sobradillo, V.; Villasante, C.; Jiménez-Ruiz, CA; Fernández-Fau, L; Viejo, JL y Miravittles, M. Costes de la EPOC en España. Estimación a partir de un estudio epidemiológico poblacional. Arch Bronconeumol 2004; 40: 72 - 79.

ADDENDA

- [a] Martínez Calvo, Antonio. Análisis de los 25 grupos relacionados con el diagnóstico de la provincia de A Coruña en 1996. A Coruña 1998.
- [b] Aldasoro Unamuno, Elena. Calidad de la codificación de las altas hospitalarias en el País Vasco. Sistemas de clasificación de pacientes y asignación del gasto hospitalario. País Vasco 1999.
- [c] Campos Asensi, Luis Vicente. Análisis de la demanda asistencial atendida por los servicios médicos del Hospital General de Teruel Obispo Polanco entre los años 1996 a 1999, a través de los GRDs (grupos relacionados con el diagnóstico). Valencia 2001.
- [d] González Sánchez, Beatriz. Evaluación de los sistemas de costes en el sector hospitalario público gallego. Vigo 2004.
- [e] Álvarez Ramos, Begoña Aránzazu. Análisis del comportamiento de los GRDs quirúrgicos fractura de cadera en el servicio de traumatología y cirugía ortopédica del Hospital de Medina del Campo. Valladolid 2005.